

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ À RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, Membre de l'Académie de médecine

LUNIER

Membre de l'Académie de Médecine, Inspecteur général honoraire
des établissements de bienfaisance et du service des aliénés

ET

FOVILLE

Inspecteur général des établissements de bienfaisance
et du service des aliénés



SIXIÈME SÉRIE. — TOME DOUZIÈME

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRIE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

1884

5767

90152

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE

Projet de loi sénatorial sur les aliénés. — Éloges de Renaudin et d'Arthaud. — Importance pratique des sorties temporaires et des congés à titre d'essai dans les asiles. — Indications et contre-indications de l'ablation des ovaires dans le traitement des maladies nerveuses. — Accidents vertigineux apoplectiformes dans les affections de la moelle.

Nous devons à la bienveillante obligeance de M. le D^r Th. Roussel, le savant rapporteur de la commission sénatoriale de la loi sur les aliénés, communication du texte du projet de loi, tel qu'il est sorti des discussions de cette commission; et nous le publions plus loin. Nos lecteurs, ayant ainsi sous les yeux les deux projets — celui présenté par M. le ministre de l'intérieur et celui élaboré par la commission du Sénat — pourront aisément juger les points sur lesquels ils diffèrent.

Au moment où paraîtra notre numéro, le rapport de M. le D^r Th. Roussel aura sans doute été déposé sur le

bureau du Sénat. La discussion ne tardera donc pas à s'ouvrir, et nous aurons alors à revenir sur les modifications que la commission sénatoriale a apportées au projet de M. Fallières.

D'une manière générale, il n'y a pas de devoir plus sacré pour les vivants que celui d'honorer les morts. A ne parler que des médecins, on peut affirmer qu'ils font une œuvre digne de louanges lorsqu'ils retracent la vie des hommes qui ont rempli un rôle important dans notre profession, soit par l'éclat de leurs découvertes scientifiques, soit par la supériorité avec laquelle ils ont accompli leurs devoirs professionnels.

Les médecins aliénistes ont, tout particulièrement, le culte de leurs devanciers. Nos lecteurs trouveront plus loin les pages pleines d'intérêt dans lesquelles M. Ritti, continuant la série des éloges des membres les plus éminents de la Société médico-psychologique, a écrit en termes définitifs l'histoire de Renaudin.

A côté des portraits déjà habilement tracés d'Aubanel, de Morel, de Parchappe, celui de Renaudin fait, à coup sûr, excellente figure ; il contribue à démontrer qu'au moment où ont été organisés, partout en France, les grands services d'aliénés, notre profession a pu fournir d'emblée des hommes parfaitement à la hauteur des devoirs nouveaux que les circonstances leur imposaient.

A une date bien voisine de celle où M. Ritti s'acquittait de cette pieuse mission, un hommage semblable était rendu à Lyon à la mémoire d'un médecin d'asile qui fut le contemporain et l'émule de ceux que nous venons de nommer. Arthaud a été, pendant quarante ans, le représentant le plus en vue des sciences médico-psychologiques dans la seconde ville de France, et le souvenir de sa vie méritait d'être conservé comme un modèle d'inaltérable dévouement à la cause des aliénés. Il ne pouvait pas rencontrer un his-

torien mieux qualifié à tous égards que son fidèle collaborateur à l'Antiquaille, M. le Dr Lacour.

Les souvenirs biographiques lus par ce confrère distingué, devant la Société nationale de médecine de Lyon, dans sa séance du 3 mars 1884, ne manqueront pas d'intéresser tous ceux qui s'occupent des aliénés. On y reirouve, à chaque ligne, des preuves nouvelles du caractère sérieux, et des éminentes qualités professionnelles d'Arthaud, dont la figure, M. Lacour le dit lui-même, était austère et doucement mélancolique.

« L'existence de notre confrère, ajoute-t-il, ne présente
« aucun incident extraordinaire. Elle n'est marquée par
« aucune découverte. Elle est simple comme le devoir,
« uniforme et monotone, pour ainsi dire, comme la vie
« réelle dans un asile. »

Elle n'en est pas moins d'un grand exemple par la conscience apportée dans toutes les études et dans tous les actes ; par la persévérance inébranlable dans la poursuite du mieux ; par l'idée sans cesse dominante d'un grand progrès à accomplir. Cette idée, Arthaud a pu la considérer comme réalisée le jour où a été inauguré le bel asile de Bron ; mais il n'a pas joui longtemps du succès de ses efforts.

Ces pages, inspirées par un sentiment tout à la fois intime et élevé de déférente affection, nous ont paru des plus émouvantes. Chez ceux qui ont connu Arthaud, ne fût-ce que d'une manière passagère, elles confirment le respect absolu pour la mémoire d'un homme qui a été, par excellence, un homme de bien. Nous ne doutons pas qu'elles n'inspirent le même sentiment à ceux qui les liront sans avoir eu l'honneur de connaître personnellement le regretté professeur de Lyon.

Une discussion récente de la Société médico-psychologique de Paris a montré que les membres de cette Société

étaient loin de s'entendre dans leur appréciation des inconvénients et des avantages des sorties provisoires, ou à titre d'essai, à donner aux personnes placées dans les asiles d'aliénés, et sur l'utilité qu'il y aurait à régulariser par un texte de loi, une mesure qui est déjà appliquée dans un certain nombre de départements, en vertu d'une simple jurisprudence administrative.

Il n'est pas sans intérêt de voir qu'à de grandes distances, et sans aucune entente préalable, le même problème préoccupe en même temps nos confrères de l'autre côté de l'Atlantique.

Voici, en effet, comment s'expriment, à cet égard, le Dr Ralph L. Parsons, dans une lecture faite le 8 janvier 1884 devant la Société neurologique de New-York, en parlant des moyens à employer pour parvenir à désencombrer les asiles d'aliénés. Nous traduisons littéralement :

« Comme préliminaire à toute tentative ayant pour but de soustraire au séjour restrictif des asiles un certain nombre d'aliénés inoffensifs, il faudrait que la législature de l'État fit une loi autorisant un système de sorties provisoires. Les malades qui sortent des asiles devraient, pendant une certaine période de temps, être considérés comme simplement sortis à titre d'essai, et tenus à rentrer dans l'établissement si la tentative n'était pas couronnée de succès. De la sorte, le malade continuerait, pour un temps, à être soumis aux mêmes restrictions légales que pendant son séjour à l'asile, et dans le cas où il serait nécessaire de le faire rentrer dans l'établissement, on serait dispensé de tous frais et de tous délais. Même actuellement, il y a un certain nombre de directeurs d'asile qui accordent des sorties d'essai, aussi bien à des malades non guéris qu'à d'autres qui paraissent être en convalescence. Ces directeurs pensent qu'en agissant ainsi, ils n'excèdent pas les termes de la loi, mais il y en a d'autres qui considèrent au contraire que cette pratique est illégale. Il y aurait donc

grand avantage à ce que la question fût réglée par un texte clair et bien précis. » (*Journal of nervous and mental disease*. Janvier 1884, page 24.)

La situation est, on le voit, dans l'Etat de New-York exactement la même qu'en France; on met la chose en pratique sans qu'elle soit prévue ni sanctionnée par la loi et on éprouve le même besoin de sortir de cette incertitude. En Angleterre et en Ecosse, au contraire, nous l'avons déjà dit, tout ce qui se rapporte à ces sorties provisoires est parfaitement réglé, et même, afin de les rendre possibles pour les personnes tout à fait privées de ressources, les asiles sont autorisés à fournir à ces derniers, pendant leur absence, une allocation pécuniaire qui ne doit pas dépasser la pension payée pour elles par l'administration charitable aux frais de laquelle elles sont soignées.

Nous persistons à croire qu'un article de loi qui sanctionnerait et régulariserait ces sorties à titre d'essai aurait de grands avantages, et nous ne voyons pas quels inconvénients il pourrait avoir, puisque l'on resterait toujours libre d'en user ou de ne pas s'en servir.

Depuis une dizaine d'années, les chirurgiens des deux mondes s'occupent beaucoup d'une nouvelle opération à laquelle on a donné des noms aussi nombreux que variés; voici les plus usuels: ovariectomie normale, oophorectomie, castration des femmes, opération de Tait, opération de Batley; ces deux derniers noms sont ceux des deux chirurgiens qui, le premier en Angleterre, le second aux Etats-Unis, ont été, presque en même temps, les promoteurs de cette opération, et qui, depuis, en sont restés les ardens propagateurs. L'opération consiste dans l'ablation des ovaires, alors même que ceux-ci ne sont pas sensiblement augmentés de volume, alors, par exemple, qu'ils ne sont le siège d'aucun kyste, ni d'aucune autre tumeur déformant l'abdomen. Elle est une de celles qui sont deve-

nues praticables depuis que le soin apporté par les chirurgiens à tous les détails manuels de leur art, et que la généralisation de la méthode antiseptique de Lister ont appris à ouvrir la cavité péritonéale sans que l'organisme se révolte trop violemment contre ce traumatisme thérapeutique; elle se pratique tantôt par le fond du vagin, tantôt par la paroi abdominale; mais ce second procédé tend à devenir d'un usage beaucoup plus fréquent que le premier. Lors du Congrès médical de Londres, en 1881, le Dr Battey a pu montrer une statistique comprenant près de deux cents opérations effectuées avant le mois de mai 1880, et on estime que le nombre de celles qui ont été publiées depuis est deux ou trois fois plus considérable.

Nous n'aurions, cependant, aucun motif de nous occuper de cette opération, si dans l'esprit d'un certain nombre de ses partisans, elle n'était appelée à jouer un rôle important dans le traitement des maladies nerveuses, voire même des maladies mentales.

C'est à l'étranger surtout que cette théorie trouve des adeptes, plus ou moins empressés; mais elle commence à pénétrer en France, et d'après une discussion qui a eu lieu dans la Société de chirurgie, le 5 mars 1884, on voit que la question est à l'étude parmi les opérateurs les plus compétents de notre pays; ils reconnaissent généralement qu'elle n'est pas encore suffisamment connue pour être résolue; mais plusieurs d'entre eux paraissent disposés à prendre parti en faveur de l'opération. M. Terrier croit en principe que l'ablation des ovaires doit avoir les plus heureux effets sur la disparition des accidents nerveux dits hystériques, et M. Polak, la trouvant des plus légitimes, l'a proposée l'année dernière pour une névralgie de l'ovaire s'accompagnant de crises hystériformes avec délire et folie furieuse; la proposition, néanmoins, n'a pas été acceptée, non plus qu'une du même genre faite par M. Terrier. Du reste, dans les quelques cas relatés en France, les résultats ont été

loin de se montrer uniformes ; dans plusieurs, les accidents nerveux ont persisté, quelquefois même ils se sont aggravés ; dans ceux où ils ont été suspendus, la guérison est encore trop récente pour être qualifiée de définitive.

La question, on le voit, est tout à fait sérieuse et nous avons à en parler, aujourd'hui, d'une manière moins légère que nous ne l'avons fait il y a deux ans, à cette même place (6^e série. Tome VIII, p. 44), d'après les idées de philosophie sociale, trop entachées de fantaisie, à notre sens, du Dr Goodell, de Philadelphie.

Aussi, avons-nous lu, avec un grand intérêt, une revue clinique sur ce sujet faite d'une manière très étudiée et très claire, dans le n° d'avril 1884 des *Archives de médecine de New-York* (p. 480 et suiv.), et due à la plume du Dr W. Thallon.

L'auteur passe successivement en revue toutes les indications invoquées par les partisans de l'opération, comme étant de nature à la justifier ; nous ne nous occuperons ici que de celles qui se rapportent à des accidents sous la dépendance du système nerveux. On la recommande surtout, dit-il, contre la nymphomanie et la masturbation incorrigible, mais, « les résultats obtenus n'ont pas été satisfaisants ; en « pareil cas, la question d'ancienneté de la maladie a une « valeur que l'on a eu le tort de négliger. Chez les hommes « que l'on rend eunuques, l'ablation des testicules ne suffit « pas pour faire disparaître les appétits sexuels ; aussi, « dans l'Est, on enlève aussi la verge. D'après cela, on peut « espérer que l'opération de Battey-Tait pourrait guérir « des cas de masturbation récente, mais on doit craindre « qu'elle n'échoue quand il s'agira d'une nymphomanie « chronique. »

Plus loin, parlant des maladies nerveuses contre lesquelles l'opération peut être dirigée, il les range en trois classes, les névralgies, l'épilepsie, les vésanies. « Avant tout, dit-il, « les médecins les plus versés dans la connaissance des

« maladies nerveuses doivent être consultés, et appelés
« à faire un diagnostic précis. Malheureusement il n'en est
« pas toujours ainsi, et certains chirurgiens opèrent d'eux-
« mêmes, et dans nombre de cas, l'opération a été pratiquée
« sans qu'aucun diagnostic attentif ait été porté. » Après
une discussion très serrée, M. Thallon, arrive aux conclu-
sions suivantes :

1^o En ce qui concerne les névralgies, nous n'hésitons pas
à déclarer que l'enlèvement des ovaires, dans le seul but
de remédier à la douleur, est entièrement injustifiable.

2^o En ce qui concerne l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie,
les indications sont si vagues et si mal définies que, jusqu'à
présent, on ne peut établir que l'opération soit justifiée.

3^o En ce qui concerne la folie, s'il n'est pas démontré
que les ovaires sont le siège de quelque dégénérescence
organique, il ne peut être question de les enlever. Si, au
contraire, il est établi que les ovaires sont matériellement
altérés et qu'ils sont le point de départ du trouble mental,
l'opération est entièrement justifiée et il faut la pratiquer
le plus tôt possible.

La conclusion générale formulée à la fin du travail est
que l'opération n'est jamais justifiée lorsqu'on n'observe
que des symptômes purement nerveux, sans signe bien
marqué de lésion organique de l'ovaire.

Nous ne savons pas si ce verdict restera définitif, mais il
répond, nous le pensons, pour le moment du moins, au
sentiment général des médecins voués à l'étude de la pa-
thologie nerveuse.

A une époque encore peu éloignée, on était assez disposé,
dans les asiles d'aliénés, à considérer les attaques vertigineu-
ses, apoplectiformes et épileptiformes, comme l'apanage pour
ainsi dire exclusif de la paralysie générale; souvent, on se
contentait de constater leur existence pour porter un dia-
gnostic qui ne comportait guère de réserve.

On est loin de leur attribuer, aujourd'hui, une signification aussi précise. On sait, en effet, que ces accidents peuvent se produire dans le cours d'affections cérébrales fort diverses telles que la démence simple ou organique, les vésanies alcooliques, les lésions syphilitiques, les tumeurs variées des hémisphères, etc. Mais il faut encore étendre cette nomenclature, et une thèse toute récente d'un ancien interne des hôpitaux de Paris, M. le Dr Giraudet, montre que les accidents vertigineux et apoplectiformes sont loin d'être rares dans les affections purement médullaires, telles que la sclérose en plaques, l'ataxie locomotrice, les myélites chroniques diffuses.

Nous n'entrerons pas dans l'étude détaillée et fort intéressante que l'auteur a faite de ces accidents; notre seul but, en parlant de son travail, était de montrer que des accidents, que l'on s'accorde à considérer comme produits par une perturbation des fonctions du bulbe, se produisent, à titre de complication, à la fois dans les affections dont le siège anatomique est situé au-dessus du bulbe, et dans celles qui affectent les régions sous-bulbaires de l'axe cérébro-rachidien. Nous voulions aussi signaler, une fois de plus, les liens intimes qui existent entre les maladies mentales et les autres affections nerveuses. Loin de vouloir morceler en petits domaines spéciaux et isolés cette partie si importante de la pathologie, nous devons nous appliquer à en comprendre toutes les manifestations dans une étude commune et collective.

A. F.

Pathologie

DE LA

COLORATION ARDOISÉE DU CERVEAU

DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

ET DE SES RAPPORTS AVEC LES ESCHARES DU SACRUM

[Par M. le D^r BAILLARGER

Membre de l'Académie de médecine

Il y a bien longtemps déjà que j'ai publié plusieurs cas de coloration ardoisée du cerveau et signalé les rapports de cette lésion avec les eschares du sacrum si souvent observées chez les aliénés paralytiques (1).

Cependant on peut s'assurer que ce qui se rattache à ce sujet a été passé sous silence par presque tous les auteurs et comme, d'autre part, le mode de production et la nature de la lésion sont encore mal déterminés, il m'a semblé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à revenir sur cette question.

Je me propose d'étudier ici les caractères de la lésion, ses rapports avec les eschares du sacrum, son mode de production et sa nature.

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1857, 3^e série, tome III, page 192 ; *Bulletin de l'Académie*, 1858, page — ; *Gazette des hôpitaux*, 1863, page 134.

1. — CARACTÈRES DE LA LÉSION.

Dans les faits que j'ai observés et dans ceux qu'on peut trouver dans divers auteurs, la coloration anormale du cerveau a été le plus souvent comparée à celle de l'ardoise; mais cette coloration offre des degrés très variables; elle est quelquefois très foncée, presque noire, parfois on constate qu'elle est ardoisée et verdâtre. Dans quelques cas même, les circonvolutions sont simplement *verdâtres*.

Quelle que soit la teinte, il est remarquable qu'elle pénètre *toute l'épaisseur de la substance grise et s'arrête brusquement à la substance blanche*.

Les parties de substance grise qui offrent la coloration ardoisée sont le plus souvent un peu plus molles que les circonvolutions voisines, mais elles peuvent aussi conserver leur consistance normale. M. Calmeil, dans l'une des deux observations qu'il a publiées, a même cru pouvoir déclarer que la substance grise lui paraissait saine, à part, bien entendu, l'altération de la couleur. Cependant, par contre, la perte de consistance peut quelquefois aller jusqu'au ramollissement.

Dans la substance grise colorée les petits vaisseaux sont noirs et M. Calmeil, dans un cas, a cru pouvoir les comparer à des brins de crin.

La coloration ardoisée se rencontre le plus souvent à la base du cerveau et sur le cervelet, mais on la trouve aussi à la face supérieure des hémisphères; elle est habituellement très prononcée dans les scissures de Sylvius; dans un cas elle était surtout très apparente à la partie supérieure, sur le bord de la grande scissure interhémisphérique et sur les circonvolutions qui surmontent le corps calleux.

Dans un autre, on a noté que la lésion qui existait à la

face supérieure dans un groupe de trois circonvolutions était à peine appréciable à la base.

Enfin, il m'est arrivé une fois de constater que la coloration anormale occupait sur chaque hémisphère un même groupe de circonvolutions, et qu'elle était ainsi symétrique.

Tantôt la lésion cesse brusquement et tranche d'une manière très nette avec les circonvolutions saines; tantôt elle diminue graduellement et quelquefois c'est une teinte verdâtre qui fait suite à la coloration ardoisée.

Dans plusieurs cas, la substance grise des corps striés et des couches optiques avait, comme les circonvolutions, une teinte ardoisée ou verdâtre.

Dans une observation recueillie par M. Camuset, la coloration anormale existait d'une manière très nette dans le corps rhomboïde du cervelet.

La coloration ardoisée n'atteint le plus souvent que la substance grise du cerveau et du cervelet, et on ne l'observe que rarement sur la substance blanche.

Je rapporterai cependant plus loin trois faits de ce genre.

Les circonvolutions qui présentent la coloration ardoisée peuvent n'offrir aucune odeur fétide, mais dans la moitié des cas au moins, cette odeur est signalée comme étant plus ou moins prononcée. Elle peut d'ailleurs ne pas exister alors même que la substance grise est plus ou moins ramollie.

Il reste à rappeler ici les résultats de quelques recherches microscopiques.

Dans une observation qu'il a bien voulu me communiquer en 1863, M. Charcot se borne à dire que l'examen microscopique ne fait découvrir dans les parties colorées en bleu aucun dépôt de pigment pouvant expliquer cette coloration.

M. Decaisne a pu distinguer encore dans la substance noire ramollie quelques rares filets nerveux avec leurs va-

ricosités, mais ils étaient bien plus fragmentés que dans les parties saines. Outre un stroma granuleux dans lequel ces filaments étaient disséminés, l'examen microscopique lui a, en outre, révélé la présence d'un assez grand nombre de cristaux transparents, rhomboïdaux, réfractaires à l'action de la potasse caustique, et qui n'étaient autre chose que des cristaux de cholestérine.

Voici enfin les détails donnés par M. Calmeil pour un des cas qu'il a cités.

« La substance corticale du cerveau ne se montre point noire lorsqu'elle est étalée; les vaisseaux, assez rares, qui la traversent offrent seuls une teinte ardoisée. Cette substance est comme tatouée de vrais globules de pus que l'acide acétique rend plus clairs et qui se font tout de suite reconnaître à leur surface uniforme. Ces globules existent partout où l'élément cortical a pris une teinte de suie. Ils sont rares dans les endroits où la substance grisée a conservé sa teinte normale. Cette substance ne semble sous aucun autre rapport altérée. »

Etat des membranes. — Il importe de faire remarquer que l'arachnoïde et la pie-mère ne présentent quelquefois aucune autre lésion que celles qu'elles ont dans les cas ordinaires de paralysie générale (opacité, infiltration séreuse, épaissement). Mais le plus souvent on trouve une infiltration purulente, grisâtre, plus ou moins étendue de la pie-mère. Cette membrane peut alors acquérir une épaisseur assez considérable que M. Calmeil, dans un cas, a estimée à 5 à 6 millimètres. Le pus est parfois semi-concret et la membrane épaissie cache complètement les circonvolutions. Cette infiltration purulente existe plus souvent à la base et dans les scissures de Sylvius, mais on la constate aussi quelquefois à la surface des hémisphères. On l'a observée sur le cervelet qui peut être comme enveloppé par une sorte de carapace purulente.

Dans plusieurs cas on a trouvé du pus dans les ventricules latéraux et même sur le corps calleux.

J'ai noté plusieurs fois dans la pie-mère l'existence de petites bulles de gaz.

La grande cavité de l'arachnoïde peut ne contenir aucune sérosité, mais le plus souvent on en trouve une quantité plus ou moins grande; elle est trouble, floconneuse et quelquefois d'une odeur fétide.

Les membranes de la moelle comme celles du cerveau, mais plus souvent qu'elles, peuvent être infiltrées de pus formant une couche plus ou moins épaisse; cette couche purulente s'observe surtout à la partie postérieure de la moelle.

On peut aussi trouver dans la cavité de l'arachnoïde rachidienne, une sérosité grisâtre, trouble, floconneuse et à la partie inférieure une sanie putride avec coloration brune des membranes.

Telles sont, d'une manière sommaire, les lésions que présentent dans le plus grand nombre des cas les membranes du cerveau et de la moelle lorsqu'une partie des circonvolutions offre la coloration ardoisée.

II

RAPPORT DE LA COLORATION DU CERVEAU ET DES ESCHARES DU SACRUM

Observation I^{re}

*Paralysie générale. — Coloration ardoisée du cerveau.
— Eschares profondes au sacrum.*

Femme de vingt-huit ans, sœur aliénée, invasion très lente, pas d'idées de grandeurs, quelques idées hypochondriaques, craintes d'empoisonnement, démence progres-

sive, embarras de parole, faiblesse des jambes, morte dans le marasme après trois ans de séjour à l'hôpital.

Autopsie. — 24 février.

Le cadavre n'offre aucun signe de putréfaction.

Au sacrum, vaste ulcération à bords noirs, avec odeur gangréneuse; une autre eschare aussi très large sur le grand trochanter droit.

Quelques traces de néo-membranes à la face interne de la dure-mère.

L'arachnoïde viscérale n'est ni opaque ni épaissie.

La pie-mère, à part un peu d'infiltration séreuse, n'offre aucune altération notable, mais *dans quelques points elle est soulevée par des gaz.*

Les membranes enlevées, on observe sur les circonvolutions une teinte légèrement ardoisée, plus marquée le long de la grande scissure interhémisphérique et dans les circonvolutions placées au-dessus du corps calleux.

A la base, l'altération est beaucoup plus prononcée et la teinte ardoisée très étendue.

En mettant le cerveau dans l'eau, il s'en échappe des bulles de gaz.

Les ventricules sont dilatés.

Pas d'odeur putride du cerveau.

Le cervelet, à sa base, offre une coloration ardoisée, très prononcée, elle est un peu moindre à la face supérieure.

Les membranes du cervelet sont dans plusieurs points *infiltrées de pus.*

Odeur putride très manifeste du cervelet.

La pie-mère rachidienne est, dans une partie de son étendue, infiltrée de pus. Liquide sanieux, puriforme à la partie inférieure du canal rachidien et sur la queue de cheval.

Il y avait de l'air infiltré dans la pie-mère rachidienne. Odeur putride de la moelle, mais moins prononcée que celle du cervelet.

La moelle n'était pas ramollie et n'offrait aucune coloration anormale.

La méningite spinale ascendante s'était, comme on le voit, arrêtée ici, à la base du cervelet; les membranes du cerveau, en effet, n'offraient aucune altération appréciable et il importe de faire remarquer que cela n'avait point empêché la coloration ardoisée de se produire à la base et sur les circonvolutions qui surmontent le corps calleux.

Observation II.

Paralysie générale. — Coloration ardoisée du cerveau. — Eschares au sacrum.

Femme de quarante ans. — Démence paralytique à marche lente.

Autopsie. — Eschare très large et profonde au siège, décollement de la peau dans une grande étendue; le sacrum est à nu.

Le crâne ouvert, on trouve 200 grammes environ de sérosité trouble dans la cavité de l'arachnoïde.

La pie-mère est infiltrée de sérosité grisâtre et contient du pus demi-concret, qui forme une couche très épaisse. A la base, cette altération est encore plus prononcée et l'infiltration purulente plus évidente. Cette pie-mère, très épaissie, s'enlève partout facilement; il n'y a pas d'adhérences.

Les membranes enlevées, on constate à la base du cerveau, sur les lobes antérieurs et moyens, une couleur ardoisée très remarquable, laquelle s'étend aussi sur la convexité des lobes moyens en suivant les scissures. L'incision de la substance grise, anormalement colorée, fait reconnaître que la lésion occupe toute l'épaisseur de cette substance, mais qu'elle s'arrête à la substance blanche. Les ventricules sont dilatés et remplis de sérosité.

Quelques traces de coloration ardoisée à la base du cer-
velet.

A la face postérieure de la moelle, il existe une couche
pseudo-membraneuse et comme purulente. Il y a dans le
bas du canal rachidien de la sérosité trouble. La moelle
n'offrait d'ailleurs aucune altération de coloration ni de
consistance.

On voit ici la réunion d'eschares très étendues au siège,
d'une méningite cérébro-spinale avec infiltration purulente
de la pie-mère et d'une coloration ardoisée très prononcée
de la base du cerveau. Il importe de faire remarquer qu'on
n'a noté aucune odeur putride (4).

Observation III (M. CALMEIL).

*Paralysie générale. — Coloration ardoisée du cerveau. —
Eschares au sacrum.*

Homme de trente-neuf ans. — Accidents congestifs, com-
mencement de délire ambitieux, attaques épileptiformes,
délire général, embarras de parole, démarche chancelante,
état très aigu dans les six dernières semaines.

Autopsie. — Le siège est creusé par une large eschare
gangréneuse; les téguments, les muscles et jusqu'aux os
de cette région sont baignés dans le pus.

Pas de liquide dans la cavité arachnoïdienne.

La pie-mère est infiltrée de pus concret, grisâtre, et a
une apparence comme couenneuse.

Aucune adhérence de cette membrane à la couche cor-
ticale.

(4) Cette observation, que j'ai consignée sur les registres de
Charenton, a été aussi recueillie par M. Calmeil qui l'a publiée
mais avec plus de détails, dans son ouvrage sur les maladies
inflammatoires du cerveau.

Sur le cervelet, même infiltration purulente de la pie-mère.

La moelle est aussi comme enveloppée d'une couche purulente qui masque le tissu nerveux.

Les membranes enlevées, on constate que les circonvolutions ont une teinte noire ardoisée, excepté sur les deux lobes postérieurs.

Même teinte sur le cervelet.

La moelle épinière paraît saine.

La surface de la protubérance annulaire offrait la coloration ardoisée. Il y avait du pus en abondance sur le corps calleux.

On trouve ici réunies la méningite cérébro-spinale purulente, la coloration ardoisée et des eschares profondes au siège.

M. Calmeil ne signale aucune odeur spéciale du cerveau.

Comme exception, on doit noter la coloration ardoisée de la protubérance annulaire.

Observation IV.

Paralysie générale. — Coloration verdâtre du cerveau. — Eschares profondes au sacrum.

Femme de cinquante-six ans. Démence paralytique simple, précédée d'hémiplégie gauche, marche lente, marasme, eschares au siège.

Autopsie. — Le corps ne présente aucune trace de putréfaction (autopsie faite au bout de vingt-quatre heures, le 23 janvier).

Le sacrum est à nu dans presque toute son étendue; au pourtour, peau décollée, avec clapiers remplis de sanie putride.

Sur les parties latérales de chaque hémisphère, les membranes sont opaques, épaissies, infiltrées d'une couche de sérosité purulente verdâtre, assez épaisse pour cacher

complètement les circonvolutions. Mêmes altérations à la base du cerveau.

L'enlèvement des membranes ne fait découvrir que de faibles et rares adhérences sur l'hémisphère gauche ; mais elles sont beaucoup plus prononcées sur l'hémisphère droit.

Les circonvolutions sous-jacentes aux parties infiltrées de pus apparaissent avec une coloration verdâtre très remarquable et qui tranche de la manière la plus nette avec les circonvolutions saines qui ont conservé leur coloration normale. La substance grise, dans les parties malades, est moins consistante, mais elle n'est pas ramollie, et les circonvolutions conservent très bien leurs formes.

Les parties verdâtres ont une odeur de putréfaction très prononcée.

Les ventricules latéraux contiennent de la sérosité trouble et un peu de pus.

La fin de cette observation a été égarée, mais, malgré ses lacunes, elle n'en offre pas moins beaucoup d'intérêt. Il importe en effet de faire remarquer :

1° La coloration *verdâtre*, au lieu d'être simplement ardoisée;

2° L'odeur putride bien manifeste ;

3° L'infiltration purulente des membranes.

Il est très probable que l'eschare du sacrum avec sanie putride, qui avait mis complètement l'os à nu, a été le point de départ d'une méningite spinale ichoreuse et purulente.

Observation V (M. CAMUSET).

Paralysie générale. — Coloration ardoisée verdâtre du cerveau. — Eschares profondes au sacrum.

Homme de trente-sept ans, symptômes de paralysie générale (délire des grandeurs, difficulté de parole, inégalité pupillaire).

Marasme. Eschare profonde au sacrum ; l'os est à nu dans une large étendue.

Je donne textuellement l'autopsie faite par M^M. Camuset et Dupain.

Autopsie. — Aussitôt la dure-mère fendue, il s'écoule une quantité considérable de liquide céphalo-rachidien louche.

Teinte ardoisée (brun verdâtre et analogue à la teinte des cadavres en putréfaction) de toutes les parties suivantes de l'encéphale :

1° La base du cerveau : la teinte s'arrête en avant vers le bord inférieur des lobes frontaux ; latéralement et en arrière, elle s'élève jusqu'à la partie moyenne des faces convexes, dépasse la scissure sylvienne et s'arrête au niveau du lobe du pli courbe ;

2° Tout le mesocéphale ;

3° Tout le cervelet.

Les parties teintées sont les *méninges*, et la substance grise de toutes les parties précitées : substance grise corticale et substance grise des noyaux centraux. C'est ainsi qu'à la coupe on voit *les couches optiques* et *les corps striés* d'un *gris ardoisé vert très prononcé*. — *Le corps rhomboïde du cervelet est également vert.*

La substance blanche a conservé sa couleur normale.

Il y a, par conséquent, une sorte d'imbibition de couleur verte des *méninges* et de toutes les *parties grises du centre nerveux*, jusqu'à la limite indiquée plus haut.

Enfin, il existe du pus en deux endroits :

1° Une petite collection en nappe au niveau de l'hémisphère gauche du cervelet (sous les *méninges*) ;

2° Dans le quatrième ventricule, sur la substance nerveuse, et par conséquent sous les *méninges*.

Les autres lésions de la paralysie générale : adhérences *méningées corticales*, ramollissement de la substance grise, sont particulièrement prononcées aux endroits verts. Il est impossible d'enlever les membranes en ces régions. On

arrive à faire une pulpe verdâtre qui, enlevée, laisse voir la substance blanche des circonvolutions avec sa consistance et sa teinte normales.

M. Camuset fait remarquer combien il est regrettable que le canal rachidien n'ait pas été ouvert; mais malgré cette lacune, son observation n'en présente pas moins un très grand intérêt.

Le fait important ici, c'est que la coloration d'un gris ardoisé vert porte aussi bien sur les noyaux centraux de substance grise que sur la substance corticale; ce qu'il y a surtout de très remarquable c'est la coloration du corps rhomboïde du cervelet. Je reviendrai plus loin sur ce point.

Observation VI.

Paralysie générale. — Coloration ardoisée du cerveau. — Eschares au sacrum.

Homme de trente-neuf ans, mort de paralysie générale après avoir été soumis à un traitement antiphlogistique énergique. Il avait une eschare au sacrum et d'autres plus petites aux diverses parties du corps.

Autopsie. — Opacité de l'arachnoïde et infiltration séreuse de la pie-mère à la face supérieure des hémisphères. A la base, au contraire, il n'y a point d'infiltration et les membranes sont peu épaissies; quelques adhérences à la couche corticale près des nerfs olfactifs et sur les circonvolutions de l'hippocampe.

Autour de la grande fente de Bichat existe une coloration ardoisée, très prononcée surtout sur les circonvolutions de l'hippocampe; cette coloration va en diminuant graduellement vers les parties externes. Deux lobules du cervelet offrent cette même teinte ardoisée.

En incisant les parties colorées, on peut constater que la

teinte ardoisée occupe toute l'épaisseur de la substance grise aussi bien sur le cerveau que sur le cervelet. Cette substance n'est pas ramollie, mais sa consistance est plus faible.

La coloration existe aussi, mais à un plus faible degré, sur les corps striés et les couches optiques.

Le cerveau et le cervelet exhalent une odeur putride.

Cette observation, la première que j'ai publiée, a été recueillie par moi à l'hospice de la Senavra de Milan (4).

Outre les six observations que je viens de rapporter, j'en ai réuni six autres dans lesquelles il n'est fait aucune mention des eschares.

On trouve dans l'ouvrage de Parchappe deux cas de ce genre, mais il importe de faire remarquer que l'auteur, qui a publié cent cas de folie paralytique, n'a jamais rien dit des eschares. Les deux malades avaient succombé dans le marasme, et le cerveau dans les deux cas avait une odeur fétide.

J'ai moi-même présenté à l'Académie de médecine en 1858, mais sans parler des eschares, le cerveau d'une aliénée paralytique qui, comme dans les observations de Parchappe, avait une coloration ardoisée et une odeur fétide très marquée.

Il est très probable que, dans les cas que je viens de rappeler, les malades avaient des eschares au siège, mais qu'on a omis de les mentionner.

Je crois devoir ajouter que, si ces observations ne peuvent être invoquées pour démontrer le rapport de la coloration ardoisée et des eschares, il existe en dehors de la paralysie générale des cas dans lesquels se trouvent réunies les deux conditions de la coloration ardoisée et des eschares au sacrum. Tels sont les trois faits suivants :

(4) *Annales médico-psychologiques*, 1857, tome III (De la paralysie générale à l'hospice de la Senavra).

Observation VII.

*Manie chronique. — Coloration bleue du cerveau. —
Eschares profondes au sacrum.*

Femme de soixante-douze ans, atteinte de manie chronique, fracture du col du fémur droit, vastes eschares au siège et aux cuisses. Morte dans un état de marasme.

Autopsie. — Il n'y a que peu de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde, la pie-mère est infiltrée et s'enlève facilement.

A la réunion du lobe postérieur droit et du lobe moyen, il y a *trois circonvolutions ayant une teinte bleuâtre*. La consistance de ces circonvolutions a diminué, mais il n'y a pas de ramollissement proprement dit.

Les parties bleues exhalent une odeur putride.

Sur la *partie correspondante de l'hémisphère gauche*, même altération, mais moins avancée.

Il importe de faire remarquer qu'au delà de cette altération les extrémités des lobes postérieures étaient saines.

La coloration anormale n'existait presque que dans les points indiqués de la convexité des deux hémisphères, mais il y en avait quelques traces peu appréciables à la base.

Le cervelet est très mou, mais sans coloration anormale ; la moelle n'a pas été examinée.

Le sommet des deux poumons est comme splénisé, friable et exhale comme le cerveau une *odeur de gangrène* bien manifeste.

Ce qu'il importe de faire remarquer ici, c'est la limitation *symétrique de la lésion sur trois circonvolutions de la face supérieure des hémisphères*.

Observation VIII.

Pachyméningite simulant une paralysie générale. — Coloration ardoisée du cerveau. — Eschares profondes au sacrum.

Cette observation est publiée avec détails par M. Mabilie dans ce numéro même et je me borne à faire remarquer qu'il n'y avait aucune trace d'infiltration purulente dans les membranes qui n'étaient ni épaissies ni adhérentes à la couche corticale. Il importe aussi de noter qu'il n'y avait pas d'odeur putride.

Observation IX.

Pleurésie chronique. — Coloration ardoisée du cerveau et de la moelle. — Eschares au sacrum.

Cette observation, qui m'a été communiquée par M. Ballet, a été recueillie par lui à Lariboisière dans le service de M. Proust.

Le malade avait une eschare profonde au siège et, en ouvrant le canal rachidien, on put constater que la queue de cheval baignait dans le pus et que la moelle dans toute son étendue était elle-même enveloppée d'une couche purulente, laquelle s'étendait jusqu'à la base du cerveau.

A l'inspection et à la coupe, la substance de la moelle et du cerveau présente sur certains points une coloration bleuâtre ou ardoisée disposée par plaques. Ces plaques sont larges, nombreuses et rapprochées au niveau de la moelle, surtout à la région lombaire. Elles sont superficielles et pénètrent un peu dans la profondeur.

A la base du cerveau il existe un certain nombre de ces plaques, les unes tout à fait superficielles, les autres plus profondes occupent le pédoncule, la capsule interne, et le noyau extraventriculaire du corps strié.

Je viens de citer neuf observations de coloration ardoisée du cerveau et, dans les neuf cas, les malades avaient des eschares profondes au sacrum. Or, je ne connais aucun fait dans lequel la lésion se soit produite sans la condition des eschares. Il n'y a jusqu'ici d'exception que pour des malades qui avaient des lésions des os du crâne ou des otites suivies de méningites purulentes.

On a, il est vrai, parlé de gangrène du cerveau avec coloration ardoisée survenue spontanément et en dehors des conditions que je viens d'indiquer, mais je ne connais aucune observation de ce genre. Il suffirait d'ailleurs qu'il existât dans le poumon ou ailleurs quelque foyer gangréneux pour expliquer ces faits. Quoi qu'il en soit, on peut, je crois, regarder comme démontré le rapport qui existe entre les foyers septiques constitués par les eschares de la région sacrée et la coloration ardoisée du cerveau accompagnée le plus souvent d'odeur putride.

Aucun doute surtout ne peut avoir lieu lorsque les eschares sont le point de départ d'une méningite cérébro-spinale. « Dans les cas de ce genre, dit M. Charcot, un « liquide puriforme, grisâtre, âcre et fétide, imbibe les « méninges et la moelle elle-même, tantôt dans la partie la plus inférieure seulement, tantôt dans toute sa « hauteur. Ce liquide se retrouve quelquefois à la base de « l'encéphale, dans le quatrième ventricule, l'aqueduc de « Sylvius et jusque dans les ventricules latéraux. Dans tous « ces points, la substance cérébrale est teintée à sa surface « et dans une certaine étendue en profondeur, d'une « coloration ardoisée, bleuâtre, laquelle à plusieurs reprises a été considérée, bien à tort, comme constituant un « des caractères de la gangrène du cerveau (1). »

D'autre part, M. Calmeil qui a observé chez des aliénés

(1) Charcot, Leçons.

paralytiques un certain nombre de cas de méningites purulentes, ne manque pas de les rapprocher de la coloration ardoisée.

Dans un cas où le pus avait été trouvé en abondance sur toute l'étendue de l'axe encéphalo-rachidien, il ajoute : « Dans les cas de ce genre, la substance corticale ne manque presque jamais de se colorer en noir ; ce sont vraisemblablement, ajoute-t-il, des acides à base de soufre, qui lui impriment alors cette coloration (1). »

Quoi qu'il en soit de l'explication, je crois devoir insister sur cette remarque de M. Calmeil, que dans les méningites cérébro-spinales purulentes chez les aliénés paralytiques, *la coloration ardoisée ne manque presque jamais.*

Or, les méningites cérébro-spinales chez les aliénés paralytiques ont presque toujours leur point de départ dans les eschares du siège.

Bien que M. Calmeil n'ait pas soupçonné le rapport de la coloration ardoisée et des eschares de la région sacrée, les deux malades dont il a publié les observations avaient tous les deux de larges plaies gangréneuses au sacrum.

Le fait que j'ai signalé en 1863 ne me paraît donc pas pouvoir être révoqué en doute, et je crois inutile d'insister davantage pour établir le rapport des eschares du siège et de la coloration ardoisée d'une partie des circonvolutions du cerveau.

III

MODÈ DE PRODUCTION ET NATURE DE LA COLORATION ARDOISÉE DU CERVEAU

Il reste à déterminer comment la lésion se produit et quelle est sa nature.

La solution de ces questions me paraît aujourd'hui fort

(1) Calmeil, *loco citato*, p. 490.

difficile et ne pourra, à mon avis, avoir lieu qu'à l'aide d'observations nouvelles plus complètes.

Je crois devoir rappeler que deux opinions ont été émises :

1° On a attribué la coloration ardoisée des circonvolutions à une simple imbibition du pus ichoreux infiltré dans les membranes.

2° La lésion a été regardée comme un des caractères de la gangrène du cerveau.

Il importe avant tout de faire remarquer qu'il y a lieu pour juger ces questions de distinguer deux ordres de faits.

Dans les uns, la coloration ardoisée du cerveau est accompagnée d'infiltration purulente de la pie-mère.

Dans les autres, on ne découvre aucune trace de pus.

Or, on comprend que s'il est possible, dans le premier cas, d'expliquer la coloration ardoisée par une simple imbibition de pus ichoreux, il n'en est plus de même lorsque la présence de ce pus ichoreux ne peut être constatée dans les membranes. J'ai déjà cité plus haut deux observations de ce genre. En voici une troisième, [recueillie dans mon service et qui a été communiquée à la Société anatomique par un de mes anciens internes, M. Charrier; je me borne à en donner un extrait :

Observation X.

*Paralysie générale. — Coloration ardoisée du cerveau. —
Aucune mention d'eschares au siège.*

La malade offrait tous les symptômes de la paralysie générale, embarras de la parole, tremblement des membres, impossibilité de la station, inégalité des pupilles, délire des grandeurs, signes de démence.

Il n'est rien dit dans l'observation des eschares au siège, mais il importe de faire remarquer que la malade, qui ne se tenait déjà plus sur ses jambes à son entrée à l'hospice,

était restée longtemps au lit, qu'elle avait eu de la diarrhée, de la contracture des extrémités inférieures, et était graduellement tombée dans le marasme. Il est donc très probable que, dans ce cas comme dans ceux que j'ai rapportés plus haut, il existait des eschares au siège mais qu'on n'en a pas fait mention, l'importance de ce fait n'ayant pas attiré l'attention pour les cas de coloration ardoisée du cerveau.

Autopsie. — Les circonvolutions de la base du cerveau offrent une coloration bleuâtre ardoisée qui se propage de chaque côté aux circonvolutions de la scissure de Sylvius.

Les nerfs optiques et olfactifs conservent leur coloration normale bien que reposant sur des parties colorées. Le cervelet et la protubérance n'offrent rien de particulier.

Consistance moindre des circonvolutions colorées, qu'un filet d'eau suffit pour désagréger.

La coloration ardoisée comprend toute l'épaisseur de la substance grise, mais s'arrête brusquement à la substance blanche.

Il n'y avait d'adhérences à la couche corticale que dans une petite étendue, près des glandes de Pacchioni.

Les parties colorées *n'exhalent aucune mauvaise odeur.*

La moelle n'offre aucune coloration anormale, non plus que les membranes qui paraissent saines. On note seulement un ramollissement de la moelle d'un centimètre environ d'étendue vers la première vertèbre lombaire.

Il importe, je crois, pour ce fait, de faire remarquer :

1° La coloration ardoisée sans méningite spinale;

2° L'absence de pus à la surface du cerveau, dans les ventricules, sur le cervelet et dans le canal rachidien ;

3° La coloration ardoisée sans odeur putride des parties colorées.

Ces deux dernières circonstances font d'autant plus

regretter qu'on n'ait rien dit des eschares du siège (4).

Il est donc bien certain, comme le démontrent ces faits, que la coloration ardoisée d'une partie des circonvolutions peut se produire sans qu'il y ait aucune trace de pus ichoreux dans les membranes ; et comme je l'ai déjà dit plus haut, il est impossible, dans les cas de ce genre, d'attribuer la lésion à une simple imbibition.

Une observation récente, recueillie à l'asile de Vaucluse par M. Camuset, suffirait seule d'ailleurs pour trancher la question : La coloration anormale a été constatée dans le corps rhomboïde du cervelet, alors que la substance blanche qui l'entoure n'offrait aucune altération.

Il y a donc des cas où, pour expliquer la coloration ardoisée d'une partie des circonvolutions, on ne peut qu'admettre l'absorption de la matière putride et son transport par la circulation. Je me bornerai à rappeler le passage suivant d'un travail publié sur ce sujet par MM. Charcot et Ball : « On comprend, disent-ils, que les
« parcelles fibrineuses qui se détachent d'un foyer gan-
« gréneux, et vont se fixer dans les artères capillaires d'un
« organe, ne produiront pas dans cet organe les mêmes
« altérations qu'y produiraient des embolies ordinaires. —
« Celles-ci déterminent, en général, comme on sait, soit
« l'inflammation simple des parties, soit encore une
« extravasation sanguine dont la conséquence habituelle est
« la formation d'altérations connues aujourd'hui sous le
« nom de dépôts fibrineux multiples ; celles-là, impré-
« gnées de liquides septiques qu'elles ont puisés au foyer
« gangréneux, d'où elles proviennent, sont nécessairement
« douées de propriétés chimiques spéciales. Elles devront,
« par conséquent, modifier d'une manière toute particu-
« lière la vitalité des tissus au milieu desquels elles vien-

(4) Voir pour plus de détails le *Bulletin de la Soc. anat.* 1852 page 363.

« dront se fixer. Le travail inflammatoire qu'elles feront
« naître sera d'un genre à part et caractérisé surtout par
« une tendance prononcée à la fonte putride et à la dégé-
« nération gangréneuse (4). »

Tout cela, comme on voit, s'applique très bien aux lésions qu'on observe dans le cerveau, lorsqu'un plus ou moins grand nombre de circonvolutions présentent la coloration ardoisée, ou bleue ou verdâtre. Il suffit de rappeler que dans plus de la moitié des cas, il y a une odeur putride manifeste et que la perte de consistance peut presque aller jusqu'au ramollissement.

Je crois devoir rappeler que M. Calmeil a reconnu, par l'examen microscopique, que la substance grise ardoisée était imprégnée d'un grand nombre de globules de pus, et que la coloration anormale s'atténuait et disparaissait à mesure que ces globules devenaient moins nombreux. On pouvait donc, dans ce cas au moins, leur attribuer la coloration anormale de la substance grise. Or, il faut se reporter ici à tout ce qu'on a dit pour expliquer les diverses colorations du pus.

En résumé, on voit que la coloration ardoisée, bleue ou verdâtre d'un certain nombre de circonvolutions du cerveau peut se présenter dans deux conditions très différentes :

1° Avec méningite cérébro-spinale et infiltration de la pie-mère par du pus ichoreux et, dans ce cas, il est peut-être possible d'expliquer la lésion par une simple imbibition de la substance grise sous-jacente;

2° Que la même lésion peut s'observer sans méningite cérébro-spinale purulente et par conséquent sans infiltration de la pie-mère par le pus ichoreux. Dans les cas de ce genre l'explication par simple imbibition des tissus n'étant plus admissible, il nous semble que la coloration

(4) *Union médicale*, 1860, p. 486.

ardoisée ou verdâtre le plus souvent avec odeur putride du cerveau, doit être attribuée à l'absorption du pus ichoreux qui, comme le disent MM. Charcot et Ball, fait naître dans les tissus où il est transporté une inflammation d'un genre à part et caractérisée surtout par une tendance prononcée à la fonte putride et à la dégénérescence gangréneuse.

IV

FRÉQUENCE RELATIVE DE LA COLORATION ARDOISÉE DU
CERVEAU DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

Dans une communication, faite à l'Académie de médecine en 1858, sur la coloration ardoisée du cerveau, je faisais remarquer que cette lésion « semblait se rencontrer presque exclusivement chez les malades atteints de démence paralytique (1) ». C'était peut-être aller trop loin, mais il n'en reste pas moins démontré qu'elle se rencontre avec une fréquence relativement beaucoup plus grande dans la paralysie générale que dans les autres maladies.

Ce fait paraît d'ailleurs assez facile à expliquer.

Il y a dans la paralysie générale une disposition gangréneuse sur laquelle tout le monde est d'accord. Elle est surtout très prononcée chez les paralytiques atteints de mélancolie avec délire hypochondriaque.

D'autre part, on sait que quand la démence paralytique parcourt toutes ses phases, les malades meurent dans le marasme, après avoir été alités plusieurs mois dans un état presque complet d'immobilité.

Rien de plus simple, dans de pareilles conditions, que de voir se former dans la région sacrée des eschares larges

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1858, p. 207.

et profondes imprégnées de sanie putride et qui mettent l'os à nu.

La vie pouvant se prolonger ainsi assez longtemps, on comprend comment le ligament sacro-coccygien est quelquefois altéré, ou même en partie détruit. — La sanie putride pénètre alors dans le canal rachidien et détermine des méningites spinales purulentes qui peuvent s'étendre au cerveau.

Or, on a vu plus haut quel rapport étroit M. Calmeil et M. Charcot ont établi entre l'infiltration purulente de la pie-mère cérébrale et la coloration ardoisée des circonvolutions.

Mais parmi les observations citées dans ce travail, il en est qui prouvent que la coloration ardoisée du cerveau se produit quelquefois sans méningite purulente, et qu'elle ne peut être attribuée alors qu'à l'absorption des matières putrides, absorption facile à comprendre dans les conditions indiquées plus haut. — Il y a d'ailleurs bien longtemps déjà que Foville père avait signalé « le transport dans le poumon d'une partie du fluide qui baigne les eschares du siège ».

Ainsi la fréquence relative de la coloration ardoisée du cerveau dans la paralysie générale s'explique très bien par la disposition gangréneuse, d'une part, et de l'autre, par l'étendue des eschares du sacrum et la prolongation de la vie des malades qui meurent dans le marasme paralytique.

Avant de terminer, il me paraît important de rappeler que les eschares du sacrum peuvent provoquer des méningites spinales purulentes, sans coloration ardoisée du cerveau.

Plusieurs chirurgiens, et entre autres Lisfranc, Blandin et Nélaton, avaient depuis longtemps signalé des faits de ce genre. Olivier d'Angers, dans son traité des maladies de la moelle épinière, a aussi indiqué à plusieurs reprises et

comme une grave complication ces méningites spinales consécutives aux eschares du siège.

Cependant aucun des auteurs que je viens de citer n'a parlé de la coloration ardoisée du cerveau, et il n'est guère admissible qu'une pareille lésion n'eût pas été signalée par eux si elle avait existé.

J'ai d'ailleurs observé moi-même, chez des aliénés paralytiques, deux cas de ce genre, dont l'un a été communiqué à la Société médico-psychologique. L'autre a été publié par un mcs anciens internes, M. Geoffroy.

Comme on le voit, les lésions cérébro-spinales, consécutives aux eschares du siège, comprennent trois ordres de faits :

Ces eschares peuvent provoquer :

- 1° La coloration ardoisée du cerveau avec méningites purulentes ;
- 2° La coloration ardoisée sans méningite purulente ;
- 3° Des méningites purulentes sans coloration ardoisée des circonvolutions.

En résumé :

1° La coloration ardoisée d'une partie des circonvolutions du cerveau, à part les lésions des os du crâne et les otites purulentes, est étroitement liée aux eschares du sacrum.

2° Elle est tantôt accompagnée de méningites ichoreuses et purulentes et peut alors s'expliquer peut-être par une simple imbibition de la matière ichoreuse.

3° On l'observe aussi sans méningite purulente et elle ne peut dans ces cas être attribuée qu'à l'absorption des matières putrides des eschares.

DES DIFFICULTÉS QUE PRÉSENTE
LE
DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. le Dr J. CHRISTIAN
Médecin de la Maison nationale de Charenton.

(Suite et fin.)

V

En définitive, chaque fois qu'un aliéné se présente à nous avec l'ensemble de symptômes, que, pour abrégér, j'appelle le *syndrome paralytique*, le problème à résoudre est celui-ci : Y a-t-il en même temps périencéphalite ?

Si la réponse est affirmative, mais seulement alors, on se trouve en présence de la paralysie générale vraie, de la maladie de Bayle, c'est-à-dire d'une maladie dont on pourra, à coup sûr, prédire la marche, les incidents, la durée approximative, les lésions nécroscopiques.

Si, au contraire, il n'y a pas périencéphalite, on aura affaire à l'une des nombreuses affections, qui, à un moment donné, revêtent le masque de la paralysie générale, et le pronostic sera beaucoup plus incertain.

Il n'est pas besoin de faire remarquer combien il importe de pouvoir se prononcer d'une façon certaine ; non seulement au point de vue de la science, qui a tout à gagner à pouvoir donner des solutions précises et sûres, — qu'au point de vue des intérêts privés, souvent considérables, qui peuvent se trouver en jeu. Est-il donc indifférent de pré-

dire l'incurabilité, voire même une fin prochaine, à des malades que l'on prend pour des paralytiques, — et qui prouvent qu'ils ne le sont pas, en vivant, en guérissant, en reprenant même leur vie antérieure? Cependant nous avons tous commis cette erreur, et celui-là seul, qui ne se serait jamais trompé, aurait le droit de nous jeter la pierre.

Mais, plus les difficultés sont grandes, plus nous devons faire d'efforts pour les surmonter, et je crois que, dans un très grand nombre de cas, une étude attentive et minutieuse de toutes les particularités qui se rattachent au malade, permet, dès le début, d'établir le diagnostic.

Je vais examiner successivement les différents points qui me paraissent mériter une attention spéciale.

Age. L'âge me paraît être l'un des éléments les plus importants à considérer. De l'aveu de tous les observateurs, depuis Bayle et Calmeil jusqu'à nos jours, la périencéphalite ne se montre que de trente à cinquante ans. Il est tout à fait exceptionnel de la rencontrer en dehors de ces limites extrêmes (voir Régis, *in* Encéphale, n° 4, 1883). Sur 468 paralytiques qui sont entrés dans mon service dans l'espace de cinq ans, 448 étaient âgés de trente à cinquante ans, c'est-à-dire 88 p. 100 environ. 18 avaient dépassé la cinquantaine, mais chez la plupart d'entre eux la maladie avait débuté longtemps avant leur admission, avant qu'ils eussent atteint l'âge de cinquante ans. 2 seulement avaient moins de trente ans.

Je crois donc que, lorsque l'on rencontre le syndrome paralytique chez un homme âgé de moins de trente ans ou de plus de cinquante ans, il faut y regarder de très près ; toutes les chances sont qu'il n'y ait pas périencéphalite. Cependant l'erreur a été commise, et je vais en citer un exemple.

Obs. XVII. — Un jeune soldat, né en 1859, tombe malade

pendant l'expédition de Tunisie ; il est ramené en France et placé dans un asile d'aliénés. Le certificat de 24 heures porte : « lypémanie avec stupeur, — paresse profonde des idées avec un aspect anxieux ; — en outre, difficulté d'élocution et embarras marqué de la démarche, qu'on font craindre l'existence d'une paralysie générale avec début à forme mélancolique. »

Six mois plus tard, lorsque le malade fut transféré à Charenton, le médecin déclare : « X... est atteint de paralysie générale progressive. Ce malade, depuis son admission à l'asile, est dans un état de dépression mentale habituelle, entretenue par des hallucinations de l'ouïe et des troubles de la sensibilité interne. Mais la démence a fait chez lui des progrès considérables, et l'état mental est caractérisé aujourd'hui par une incohérence à peu près complète des idées et un mélange de conceptions délirantes, ambitieuses et hypocondriaques.

« Le désordre de la motilité, qui était peu marqué, s'est nettement accentué, et l'on constate chez ce malade de l'inégalité pupillaire, de l'embarras de la parole et un tremblement musculaire généralisé qui ne permet pas d'hésiter sur le diagnostic. »

Fort heureusement pour X., ce fâcheux pronostic ne s'est pas réalisé. Il est resté deux ans dans mon service et j'ai dû le suivre d'autant plus près, que l'autorité militaire m'a fréquemment demandé mon appréciation. Les troubles de la motilité ont disparu ; il est resté un affaiblissement marqué de l'intelligence, un état habituel de torpeur et d'indifférence, traversé par des bouffées d'excitation maniaque et d'accès de violence, — de vagues idées de satisfaction qui se traduisaient par une certaine affection dans le maintien et dans la démarche, par des réponses comme celles-ci : « Je ne travaille pas ici, je suis soldat de la France ! je suis pour ma patrie, etc. »

En un mot, X... est un dément, et cette démence, résul-

tant de l'affection contractée en Tunisie (insolation ou fièvre typhoïde, j'ignore laquelle des deux), affecte la forme qui caractérise la démence des jeunes gens.

Le 15 mai 1884, X... réformé du service militaire et pensionné, a été rendu à sa famille.

Dans l'observation suivante, le jeune âge du malade a été le principal motif pour me faire écarter d'emblée l'idée de paralysie générale qui avait été mise en avant, et la suite m'a donné raison.

Obs. XVIII. --- Jeune homme de vingt-cinq ans, fils unique, appartenant à une excellente famille, et ayant toujours joui d'une bonne santé. Très rangé jusqu'à sa vingtième année, où il commence à faire des excès de femmes. Il contracte une blennorrhagie, à la suite de laquelle surviennent des accidents graves du côté de la vessie (abcès de la prostate, incontinence, puis rétention d'urine). Avant même d'être guéri de cette affection, il s'expose au froid humide, et est atteint de paraplégie. Celle-ci est soumise à un traitement méthodique, et paraît en voie d'amélioration, lorsque éclatent des accidents cérébraux provoqués, paraît-il, par des excès alcooliques. Comme antécédents héréditaires, le grand-père maternel, homme d'une intelligence et d'un talent exceptionnels; la mère, très nerveuse, morte subitement, dans la force de l'âge, d'une angine de poitrine.

On voit combien l'étiologie, dans ce cas, a été complexe. A l'entrée du malade (oct. 1883), je constate un délire très étendu, caractérisé principalement par des idées de persécution et de grandeur; il était riche, il avait un vaste château, et des équipages superbes, mais en même temps il était poursuivi par un ennemi qui ne lui laissait pas un moment de repos, qui, jour et nuit l'insultait, lui faisait des grimaces, se moquait de lui, venait lui prendre tout ce qu'il avait : cet ennemi n'était autre qu'un de ses anciens

amis. Agitation excessive, surtout la nuit : le malade ne restait pas au lit, il poussait des cris de terreur, il bouleversait tout dans sa chambre.

Les symptômes somatiques étaient très inquiétants : d'une maigreur extrême, le malade souffrait en outre d'une rétention d'uriné, qui, pendant plusieurs jours, nécessita le cathétérisme. Il avait la plus grande peine à marcher, ne pouvait détacher les pieds du sol ; enfin, il existait un embarras très marqué de la parole. Les pupilles étaient égales, mais énormément dilatées. Cependant je n'observais jamais de tremblement fibrillaire dans les muscles de la face.

Le délire, tel qu'il se présentait, offrait de grandes analogies avec le délire alcoolique ; il se dissipa assez rapidement. En même temps se produisit une amélioration notable du côté des accidents de la vessie ; la miction redevint normale. La démarche elle-même devint un peu plus facile. Mais ce qui persista, et ce qui ne s'est pas modifié, c'est l'affaiblissement de l'intelligence, et l'embarras de la parole. Le malade n'a aucune initiative, il paraît indifférent à tout. Des idées de grandeurs et de persécutions, il ne reste que des traces ; j'ai lieu de croire que certaines hallucinations (ouïe et sensibilité générale) persistent ; du moins, dans les rares moments d'agitation qui se sont produits, c'est le symptôme qui m'a paru prédominer.

En résumé, cette observation, qui, de prime abord, paraît assez difficile à classer, me paraît n'être qu'une démente précoce, compliquée d'accidents paralytiques (paralégie et embarras de la parole) qui n'ont aucune analogie avec ceux de la paralysie générale.

Prodromes. — Un autre élément dont l'importance me paraît également considérable, et qu'il n'est pas permis de négliger, ce sont les *prodromes*. La périencéphalite, en effet, ne survient jamais brusquement ; il y a toujours, avant

l'accès de manie, ou l'ictus apoplectiforme, qui signale le début de la maladie confirmée, une période de durée variable, généralement assez longue, et qui se présente à peu près invariablement de la même façon : des troubles intellectuels insignifiants, quelques défaillances de la mémoire, un changement progressif dans l'humeur, le caractère, les habitudes du malade, — voilà ce qui se retrouve toujours dans les antécédents. Et c'est ce qui n'apparaît ni au même degré, ni de la même façon, dans les affections similaires.

J'en dirai presque autant de la *marche* de l'affection. Elle aussi est caractéristique dans la périencéphalite, et bien souvent c'est elle qui permet de rectifier le diagnostic qu'on avait cru devoir porter au début.

L'affaiblissement intellectuel, tout au commencement de la maladie, est un indice précieux de périencéphalite, mais il peut arriver que le syndrome paralytique se montre chez un malade dont l'intelligence est naturellement faible, de naissance ou par suite d'un accident quelconque (4). Dans ces cas, l'erreur est facile ; je l'ai commise dans les circonstances suivantes :

OBS. XIX. — J... est né en 1842, son père est mort d'apoplexie cérébrale ; la mère est très nerveuse. Il est placé à Charenton, en août 1874, et considéré comme atteint de paralysie générale. En 1879, c'était un malade calme, tranquille, s'occupant de jardinage, mais dont l'intelligence paraissait notablement affaiblie. Ses idées, sa manière d'être, avaient quelque chose de puéril. Je le considérais comme un paralytique en rémission, m'étonnant que cette rémission fût si longue et si complète, et je ne crus pas à la possibilité de le remettre en liberté et de l'abandonner à lui-même. Cependant J... réclamant sa

(4) J. Drouet. *Diagnostic de la paralysie générale*, Ann. méd.-psych., 1874, VI.

sortie, et sa famille insistant pour la lui faire obtenir, je n'avais aucune raison de m'y opposer, et le malade quitta la maison en novembre 1884. Je ne pus m'empêcher de prédire à la famille, que J... ne tarderait pas à s'exciter, et qu'il faudrait nous le ramener à bref délai. Qu'arriva-t-il cependant? Sorti de Charenton, J... obtint, dans une maison de banque, une place de commis qui lui rapportait 2,600 fr. par an; il s'y conduisit fort bien, menant la vie la plus rangée et la plus laborieuse. Il y a quelques jours (juin 1884), il est venu me faire visite, m'annonçant qu'il allait partir pour l'Algérie, où il avait obtenu une place avantageuse dans une exploitation agricole. J'ai longuement causé avec lui; assurément son intelligence n'a pas fait de progrès, elle est ce qu'elle était il a cinq ans, mais il m'eût été impossible de constater le moindre indice de maladie mentale.

A côté des indications fournies par les éléments que je viens de passer rapidement en revue, il en est d'autres, qui nous sont données par un certain nombre de symptômes accessoires.

On ne rencontre pas, dans la paralysie générale vraie, des paralysies isolées, des hémiplegies, des paraplégies, etc. Et cela s'explique par ce fait que la périencéphalite est d'emblée une lésion diffuse; elle ne saurait donc déterminer des troubles fonctionnels localisés. Aussi, quand, chez un malade soupçonné de périencéphalite, on rencontrera des symptômes, qui décèleront manifestement l'existence d'une altération organique *localisée*, on devra soupçonner ou une complication accidentelle, ou une encéphalopathie d'une autre nature.

Il n'est d'ailleurs pas absolument rare de rencontrer dans la paralysie générale des lésions cérébrales autres que la périencéphalite, et ces lésions tiennent alors à des causes accessoires telles que la syphilis, l'alcoolisme, pour

ne citer que les plus fréquentes. J'ai publié récemment (*Union médicale*, 13 avril 1884), trois observations de paralytiques généraux, — deux sont encore vivants dans mon service, — chez lesquels la maladie a débuté par des paralysies des muscles oculo-moteurs, qu'il était légitime de rapporter à la syphilis.

Une complication bien plus fréquente encore que la syphilis, c'est l'*alcoolisme* ; et ici la confusion est presque inévitable, puisque les troubles somatiques du délire alcooliques sont les mêmes que ceux de la paralysie générale pendant la période d'excitation maniaque. On peut dire cependant que chez l'alcoolique il y a un degré d'obtusion et d'égarement qu'on ne trouve pas chez le paralytique. En outre, l'intoxication par l'alcool s'accompagne d'hallucinations de la vue caractéristiques. Dans l'observation suivante, ce sont ces symptômes qui m'avaient fait douter de l'existence de la paralysie générale, et l'autopsie est venue me donner raison.

Obs. XX. — N..., adjudant de gendarmerie, âgé de quarante-un ans, entre au mois de décembre 1883, avec des symptômes d'agitation maniaque violente, remontant à quelques jours, et considérés comme signalant le début d'une paralysie générale. N... avait dû cesser tout service un mois auparavant et être placé au Val-de-Grâce. Une amélioration étant survenue, les parents de sa femme l'avaient pris chez eux, mais ils n'avaient pu le garder que quelques jours, tant les symptômes étaient devenus inquiétants.

Au moment de l'entrée, il existait un certain nombre de signes qui pouvaient se rapporter à la périencéphalite : l'agitation, la violence, la turgescence de la face, les idées de grandeur, incohérentes et puériles, quoiqu'elles fussent assez vagues, l'inégalité des pupilles, l'embarras de la parole, la trémulation des muscles de la face, le tremblement

des membres, mais, à côté de ces symptômes, il en existait d'autres qui me paraissaient avoir une signification différente : c'était entre autres un état de torpeur, d'oblitération intellectuelle, qui n'existe pas chez le paralytique; le malade était craintif, anxieux : « Je ne suis pas Bazaine, » disait-il avec effroi ; « on dit que j'ai la tête de Bazaine, ce n'est pas vrai, etc. » La nuit, il paraissait poursuivi par des hallucinations terrifiantes, il voyait des chevaux qui galoppaient vers son lit, il se levait et allait se cacher dans un coin, baigné de sueur, les traits hagards. — N'était-ce pas là des signes d'alcoolisme? Et cependant la famille affirmait d'une manière formelle que N... avait toujours été parfaitement sobre. Je restai dans le doute pendant quelques jours, jusqu'à ce que des renseignements positifs m'eussent appris ce que je soupçonnais, à savoir que, depuis 1870, le malade s'était adonné à l'ivrognerie. Il eût été intéressant de voir ce que N... serait devenu après la disparition des symptômes dus à l'intoxication alcoolique. Malheureusement, il fut pris de pneumonie, et il succomba le quatorzième jour de son admission. L'autopsie dut se borner au crâne : les méninges étaient injectées, mais sans épaississement ni adhérences. Une hémorrhagie en nappe de la pie-mère couvrait la face convexe de l'hémisphère cérébral droit à sa partie antérieure, dans l'étendue du lobe frontal : c'était là bien évidemment une lésion due à l'alcool.

Évidemment il s'agissait ici d'un cas complexe; l'on pourra objecter que si N. avait vécu, il serait devenu paralytique, que la périencéphalite existait déjà et se serait développée. Cela n'est pas impossible, mais ce n'est pas actuellement la question. J'ai voulu simplement signaler un cas où le diagnostic était obscur. J'ajouterai, au surplus, que l'erreur, dans les cas pareils, n'est pas de grande importance, car, de deux choses l'une : ou il s'agit simplement d'alcoolisme, et alors tous les symptômes somatiques dis-

paraissent en peu de temps, — ou c'est une paralysie générale, et dans ce cas, les symptômes suivent leur marche ascendante. S'il arrive, et le cas n'est pas rare, qu'il y ait alcoolisme greffé sur une paralysie générale, on le saura après un certain temps; car les symptômes de l'intoxication alcoolique se dissiperont, ceux de la périencéphalite persisteront.

J'ai à revenir maintenant sur un point que j'ai effleuré au début de ce travail, la différence qui existe entre la paralysie générale et *la folie à double forme*, ou plutôt entre l'accès de manie paralytique et la période expansive de la folie à double forme. Les doutes que j'ai émis sur la valeur du signe trouvé par M. Régis dans les sentiments moraux et affectifs, m'ont valu de la part de ce distingué confrère une lettre fort spirituelle que les lecteurs des *Annales* ont eu la bonne fortune de lire, mais qui, je regrette de le dire, ne m'a pas convaincu. J'ai cherché le paralytique bon, bienveillant, humain..., je le cherche encore.

D'autres avant moi n'avaient pas été plus heureux. J'emprunte à un travail de Leuret l'observation suivante : « J'ai connu, dit-il, un chirurgien, auparavant bon mari, qui, à table, donnait des coups de pied dans les jambes de sa femme, sans que celle-ci osât se plaindre; il était enjoint à cette pauvre martyre de conserver l'apparence de la bonne humeur, et elle se conformait à cet ordre, dans la crainte d'être encore plus violemment maltraitée. » Le chirurgien mourut paralytique (Leuret, *Du diagnostic de la paral. gén. des aliénés*, in *Union médicale*, 1847, n^{os} des 47 et 49 août, p. 440).

Nous tous qui avons reçu les confidences des familles de paralytiques, nous pourrions citer des faits analogues; et, comme le dit Aug. Voisin : « les familles finissent le plus souvent par subir avec résignation un long martyre. » (*Traité de la paralysie générale*, p. 45). Le même auteur

parlant de la période prodromique, écrit ces lignes : « Il arrive souvent que l'individu devient d'un *égoïsme* révoltant; il ne parle que de lui, ne pense qu'à lui, le mot *je* se trouve à chaque instant dans sa bouche, etc. » (*id.* p. 44).

J. Falret; dans sa Thèse (p. 60), tout en reconnaissant que les malades conservent quelques sentiments affectueux, ordinairement même un caractère doux et bienveillant, ajoute cependant : « qu'ils deviennent insoucians et indifférents pour ce qu'ils ont de plus cher. »

Je pourrais multiplier les citations, mais sans utilité, car la divergence qui existe entre M. Régis et moi porte, non pas sur les faits en eux-mêmes, mais sur la manière de les interpréter. Je reconnais très volontiers que le paralytique est généreux, qu'il distribue des milliards, des châteaux, des décorations. Mais est-ce de la bonté?

Après l'observation que j'ai reproduite plus haut, Leuret en cite une autre : « J'ai vu un homme qui, ayant des rentes considérables sur l'État, les avait toutes vendues pour faire des dons aux pauvres, et qui, par là, avait jeté, lui et sa famille dans la plus profonde misère. » Ici non plus, je ne puis voir une grande preuve de bonté. Pour moi, la générosité apparente du paralytique n'est qu'une des formes que revêt son immense orgueil, et la preuve m'en paraît facile à donner. Tel paralytique qui distribuera libéralement milliards et châteaux, ne consentira jamais à donner une pipe de son tabac, un morceau de son pain. Ball en a cité un exemple saisissant, emprunté à Mandsley, c'est celui d'un paralytique, qui, possédant quelques francs à la caisse d'épargne, ne voulut jamais consentir à les donner, alors qu'il répandait les milliards autour de lui (*Traité des mal. ment.*, p. .). J'ai actuellement dans mon service un exemple presque identique : un ancien valet de chambre, dans la période expansive de son affection, me donne chaque matin cinquante milliards, le titre de comte,

un château, etc., le malade porte au doigt un anneau d'or, sans valeur, que sa femme voudrait ravoir de peur qu'il ne le perde. Il suffit, pour le mettre dans une violente colère, de lui réclamer cette pauvre bague, qui vaut à peine quelques francs.

Je persiste donc à croire que le paralytique général est, comme tous les aliénés, foncièrement égoïste et personnel, et ce n'est pas sur ses sentiments altruistes que j'oserais hasarder un diagnostic. D'autant plus qu'en cherchant bien, il ne serait pas impossible de trouver de l'altruisme chez les fous circulaires. Ceux-ci, en effet, sont, dans leurs phases d'excitation, les malades les plus difficiles, les plus désagréables. Mais combien parmi eux qui ne rêvent que réformes et suppression d'abus ! A les entendre, ils seraient presque tous des bienfaiteurs de l'humanité, et, s'ils en veulent aux personnes qui les soignent et les entourent, c'est parce qu'ils voient en eux des tyrans, des persécuteurs. Faudra-t-il donc leur donner un brevet de philanthropie ?

Il me semble que l'on peut trouver ailleurs des différences plus constantes. Ainsi, le paralytique général présente un affaiblissement intellectuel, une puérilité, qui n'existe pas dans la folie circulaire. Les idées du paralytique n'ont ni la suite, ni la durée, ni la ténacité que l'on observe dans celles du circulaire excité. Enfin, ce qui me paraît tout à fait caractéristique, c'est ce phénomène que l'on observe chez le paralytique, qu'au milieu de la plus grande excitation, au moment où il s'est lancé dans les divagations les plus étendues, on le voit tout à coup les abandonner, et sa physionomie prend le masque de la plus complète indifférence ; il n'a gardé aucun souvenir des projets qu'il vient d'énumérer avec tant de complaisance. C'est ce qui n'arrive jamais dans la folie circulaire.

Que si cependant, malgré tout ces signes différentiels, le doute persistait, il faudrait bien attendre l'évolu-

tion ultérieure de la maladie, mais non vraiment pendant des années.

Dans les observations de folie circulaire que j'ai rapportées (Obs. III et IV), l'expérience avait duré si longtemps, que cette circonstance m'avait paru de nature à lever d'emblée toutes les incertitudes : mais je me suis bien gardé de l'ériger en règle générale.

Il est temps d'arrêter cette revue ; mon travail a pris des proportions que je ne prévoyais pas en commençant. Encore suis-je loin d'avoir épuisé le sujet.

Je veux espérer cependant qu'il n'aura pas été inutile de rappeler l'attention sur les erreurs qu'il est si facile de commettre, quand il s'agit de diagnostiquer la paralysie générale : signaler les erreurs, c'est donner le moyen le plus sûr de les éviter.

Il est un autre point qu'il m'a paru plus important encore de mettre en lumière : du moment qu'il est établi que les symptômes propres à la paralysie générale, — le syndrome paralytique, — n'ont rien d'absolument pathognomonique ; — qu'on peut les rencontrer et qu'on les rencontre souvent dans d'autres affections cérébrales ; — n'y a-t-il pas lieu de créer à côté de la paralysie générale vraie, — de la maladie de Bayle, — une ou plusieurs *folies paralytiques* ? Tout comme à côté de l'épilepsie vraie, nous avons dû établir les maladies épileptiformes ?

Peut-être arrivera-t-on ainsi à créer une ou plusieurs espèces nouvelles, qui établiront une sorte de transition entre la paralysie générale et les vésanies proprement dites.

Actuellement, il n'est guère possible d'apporter à cette question une solution définitive. Nous ne pouvons que poser le problème : à l'avenir il appartient de le résoudre.

Archives cliniques

96

ASILE DE LAFOND. — M. MABILLE, DIRECTEUR
MÉDECIN EN CHEF

Pachyméningite simulant une paralysie générale. — Coloration ardoisée du cerveau. — Difficulté du diagnostic de la paralysie générale et de la pachyméningite.

Dans son étude si remarquable sur la *Pachyméningite hémorragique*, M. Christian (1), dans les conclusions de son travail, émet l'idée que « les symptômes de la pachyméningite sont en général fort obscurs, celle-ci existant rarement d'une façon isolée ».

« Quelques faits, ajoute-t-il, autorisent à croire que ces symptômes ne diffèrent pas notablement de ceux de la paralysie générale progressive. Il y a *en plus, dans celle-ci, le délire ambitieux caractéristique.* » D'un autre côté, on admet que les fausses membranes développées sur la dure-mère se rencontrent très fréquemment chez les aliénés paralytiques.

Pour M. Baillarger (2), les hémorragies de la cavité de l'arachnoïde, se rencontrent chez les paralytiques dans le huitième des cas environ. M. Brunet (3) les a notées 46 fois

(1) Christian, *Etude sur la pachyméningite hémorragique*. Strasbourg, 1864.

(2) Baillarger. *Du siège de quelques hémorragies*. Paris, 1837.

(3) Brunet. *Recherche sur les néo-membranes et les kystes de l'arachnoïde*, thèse de Paris, 1859.

sur 80. Aubanel, Calmeil et un grand nombre d'auteurs ont également noté cette fréquence.

M. Christian est arrivé, d'autre part, à une proportion beaucoup plus considérable.

Dans les autopsies qu'il a pu faire, la pachyméningite existait chez un tiers de ses malades atteints de paralysie générale.

Pour cet auteur, les néo-membranes ne sont pas primitives; elles surviennent ordinairement chez les paralytiques dont l'affection s'est trainée en longueur.

Aubanel, Calmeil rapportent ces néoplasmes aux accidents congestifs.

M. Christian de son côté, sans vouloir trancher la question et en faisant observer que la pachyméningite devrait être très fréquente chez les épileptiques exposés aux congestions de l'encéphale, pense que la paralysie générale et la pachyméningite ne sont toutes deux très probablement que des manifestations d'un état morbide plus général, d'une diathèse.

Quoi qu'il en soit et sans vouloir aborder un sujet aussi délicat, je voudrais, à l'occasion d'un cas récent qu'il m'a été donné d'observer, montrer combien est parfois difficile le diagnostic de ces deux affections soit simultanées, soit primitives ou secondaires.

J'en donnerai pour preuve l'observation suivante :

SOMMAIRE. — Excitation maniaque; délire des grandeurs. — Troubles somatiques très accentués. — Période de mélancolie avec hémiplegie passagère. — Démence absolue et gâtisme. — Eschares. — Mort autopsie.

Le 8 septembre 1881, la nommée D... (Jeanne) entre à l'asile Sainte-Anne en vertu d'un arrêté du préfet de police et d'un certificat de M. le Dr Legrand du Saulle, portant qu'elle est atteinte de « démence paralytique avec actes inconscients ». De l'asile Sainte-Anne, la malade est transférée à l'asile de Ville-Evrard, et au moment de la

transférer à l'asile de Lafond, M. de Lamaestre rédige le certificat suivant :

25 nov. 1881. — « Est atteinte de démence paralytique avec excitation maniaque, délire des grandeurs ; est princesse, possède des milliards ; embarras de la parole. »

Signé : DE LAMAESTRE.

A son arrivée à l'asile de Lafond, l'observation relate les faits qui suivent :

« Chez cette malade, les signes physiques de l'affection paralytique sont l'embarras de la démarche qui est incertaine et comme tremblante, le tremblement de la langue, la difficulté de l'élocution, un affaiblissement notable des forces musculaires. Il y a aussi de la lenteur de la conception, de l'incohérence du langage et du délire ambitieux, se traduisant par des idées de fortune incommensurable. Elle ne sait au juste combien elle possède de milliards, ni où ils sont déposés ; mais ils lui appartiennent. Elle veut aller à son château doré, qui a une tourelle. Elle est princesse du Grand-Duché. A peine susceptible d'une occupation des plus simples, elle se croit beaucoup plus capable et se fâche quand on la contredit. La mémoire, surtout celle des faits récents, est à peu près abolie. Les pupilles sont inégalement dilatées, la droite était plus dilatée que la gauche. Le côté gauche est plus affaibli que le côté droit. Le dynamomètre donne Fg 22 et Fd 31.

Certificat de vingt-quatre heures.

« Est atteinte de paralysie générale à la dernière période avec embarras de la parole et de la marche et conceptions ambitieuses. Se dit princesse du Grand-Duché, riche à milliards. »

27 novembre 1881.

Signé : D^r MABILLE.

Le certificat de quinzaine n'est que la répétition de ce premier certificat.

La maladie suit son cours habituel.

En mars 1882, l'observation note la pâleur, l'amaigrissement et aussi quelques moments d'excitation. La malade fait tapage parce qu'on l'empêche d'aller près de ses sujets. Est toujours princesse.

Avril 1882. Délabrement physique. Bavarde parfois la nuit. Gâteuse.

Mai 1882. Hémiplegie droite; insomnies; tendances à refuser des aliments.

Juin 1882. Disparition progressive de l'hémiplegie; déchéance morale; déchire et se gâte, se lève pendant la nuit.

Juillet 1882. Adénite considérable à gauche, à la région du cou, déterminant une suppuration très abondante pendant laquelle la malade reste assez calme.

Septembre 1882. Parle peu, se croit princesse; s'entend appeler par son père et s'irrite facilement.

Novembre 1882. Affaiblissement plus marqué des facultés intellectuelles et morales. Embarras de la parole aboutissant à une alalie presque complète.

Décembre 1882. Toujours princesse. Ne peut associer aucune de ses idées.

Janvier 1883. Amélioration physique. Même état mental.

Juillet 1883. Torpeur avec tendance à la stupeur. Délire mélancolique. N'a plus ni bras ni jambes. Blépharite et conjonctivite.

A partir de cette époque, les phénomènes de démence s'accroissent, ainsi que ceux de délabrement physique et la malade, qui a de fréquentes congestions de la tête, s'éteint dans le marasme le plus complet après être restée alitée pendant plus de cinq semaines et avoir présenté des eschares très profondes du sacrum.

Autopsie. — A l'ouverture de la dure-mère, on constate

un épaissement considérable de cette membrane, surtout du côté gauche. Le côté droit est beaucoup moins épaissi. La dure-mère est tapissée d'un nombre considérable de couches superposées, dont l'organisation paraît remonter à une époque très ancienne. Du côté gauche, on note un hémato-me en voie de résorption; hématome peu volumineux, de la grosseur d'une amande.

On distingue nettement, en incisant la poche sanguine, que le sang est contenu entre deux feuillets de nouvelle formation déjà organisés.

L'hémorrhagie a son siège au niveau de la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante.

Les parois de la base du crâne sont entièrement tapissées d'une membrane rougeâtre en voie de formation et qu'il est facile de détacher.

Les membranes arachnoïde et pie-mère ne présentent d'autre altération qu'une injection assez prononcée, surtout au niveau de l'hématome de la dure-mère. Mais elles n'adhèrent ni à la dure-mère, ni à la substance corticale. Celle-ci mise à nu, avec la plus grande facilité, sans qu'on produise la moindre ulcération, présente une teinte ardoisée, limitée à la région frontale antérieure du côté gauche. Les éléments qui la composent paraissent augmentés de volume sans qu'on rencontre les lésions ordinaires de la paralysie générale. En d'autres endroits, la substance corticale est pâle, comme dans les cerveaux de déments.

Les ventricules latéraux sont gorgés de sérosité, mais ne présentent pas de granulations.

Les couches optiques et les corps striés sont fortement congestionnés.

Les autres éléments du cerveau n'ont pas paru présenter de lésions notables.

Les divers organes n'ont pu être soumis à l'autopsie.

Le microscope montre que les diverses couches dont se composent les feuillets de la dure-mère appartiennent au

tissu fibreux ou conjonctif. Toutefois, on rencontre des parties amorphes et à certains endroits des taches pigmentaires qui témoignent de l'existence de petites hémorragies intérieures.

Le cerveau ne présente pas les altérations habituelles de la paralysie générale. Certaines parties, à la région intérieure, présentent une dégénérescence semblable à celle des déments. Dans la partie ardoisée, la coloration pathologique masque les parties placées sous le champ du microscope.

Remarques. — Cette observation m'a paru curieuse à plus d'un titre.

Elle semble confirmer la théorie qui admet que l'hématome de la dure-mère est dû à la rupture des vaisseaux de nouvelle formation, et par cela même très fragiles, existant dans les néo-membranes qui constituent la pachyménin-gite, que celles-ci dérivent de la formation blastématique (Robin), ou bien de la genèse par la cellule (Virchow, Küss, Morel, Christian).

Ensuite, nous avons noté dans le cerveau de la malade l'existence de la *teinte ardoisée* décrite par M. Baillarger. Et à cet égard, il est regrettable que l'autopsie de la moelle n'ait pu être faite, car il eût été curieux de savoir si la relation entre les eschares et cette teinte ardoisée, signalée par M. Baillarger, pouvait, dans ce cas, donner une explication satisfaisante de cette teinte.

D'un autre côté, les divers médecins qui ont examiné la femme D... ont conclu à l'existence d'une méningo-encéphalite diffuse.

Cette affection se manifestait par des idées de grandeur, de richesses, de satisfaction, par des troubles somatiques accentués. Puis, vint la phase de dépression avec alternance d'idées mélancoliques et d'idées de grandeur, l'affaiblissement musculaire progressif et enfin la mort.

Pour ma part, j'étais tellement convaincu de l'existence

d'une paralysie générale (1), qu'ayant reçu la visite d'un confrère, j'étais heureux de lui montrer un cerveau type de méningo-encéphalite.

Aussi ai-je été fort surpris de ne trouver aucune des lésions ordinaires de l'affection.

Qu'on se reporte, en effet, aux altérations décrites par l'autopsie, on verra qu'il n'y avait pas de lésions notables de l'arachnoïde et de la pie-mère, et qu'il m'a été impossible de découvrir aucune adhérence des méninges à la substance corticale. Le cerveau, de son côté, ne présentait aucune des modifications habituelles de la paralysie générale.

Nous ne nous trouvions donc pas en présence d'une méningo-encéphalite diffuse, de la paralysie générale proprement dite.

Si, au contraire, on conclut de la cause à l'effet, on verra que l'existence de la pachyméningite a pu amener les mêmes symptômes que la paralysie générale.

Aussi bien, doit-on trouver dans les auteurs des cas qui peuvent avoir plus d'un point d'analogie avec celui que je viens de citer.

C'est ainsi que M. Baillarger, dans son mémoire sur le siège de quelques hémorrhagies méningées (2), a publié l'observation suivante que je résume :

« Paralysie générale au dernier degré ; mort. Couche de sang sur l'hémisphère enveloppée dans un double feuillet pseudo-membraneux.

« M. B..., âgé de cinquante-six ans, entré le 11 avril 1830 à Charenton, est mort le 8 septembre 1834, d'une pa-

(1) Le seul symptôme qui eût pu prêter à l'équivoque est l'existence de l'hémiplégie passagère durant le cours de l'affection. Mais n'arrive-t-il pas bien fréquemment que cette hémiplégie se produise chez les paralytiques et disparaisse assez rapidement ?

(2) Baillarger, *loc cit.*

ralysie générale arrivée à la dernière période. Les symptômes n'avaient pas été notés.

« *Autopsie.* — Il y a trois ou quatre onces de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde.

« L'hémisphère droit, sur sa face externe, offre une fausse membrane assez épaisse, lisse sur ses deux faces et qui contient dans son épaisseur une couche de sang uniformément répandue ou formant des caillots isolés.

« On peut soulever sur chaque face de cette fausse membrane un petit feuillet pseudo-séreux au-dessous duquel il en existe un autre très mince et qui commence à se former. Le sang se voit surtout à la partie inférieure et moyenne de la face externe de l'hémisphère; il y en a moins en remontant vers la grande scissure où la fausse membrane est devenue transparente et très ténue.

« *L'arachnoïde cérébrale n'adhère point aux circonvolutions; elle n'est pas épaissie.* Près de la grande scissure et dans le fond d'une circonvolution, nous trouvons des traces d'une hémorragie peu étendue. Le cerveau n'offre, du reste, rien de remarquable. »

Ainsi, M. Baillarger, dans son observation, signale les troubles paralytiques et leur coexistence avec des hémorragies méningées et fausses membranes de la dure-mère, sans noter en quelque sorte les lésions ordinaires de la paralysie générale progressive.

En faisant appel à mes souvenirs, je crois avoir, de mon côté, rencontré un cas analogue à l'asile de Ville-Evrard.

Il m'a donc paru utile d'appeler l'attention des observateurs sur l'identité des symptômes qui peuvent exister dans les deux affections.

Car, si comme le dit M. Christian, en thèse générale, le délire ambitieux existe dans la paralysie générale et manque dans la pachyméningite, dans l'observation que je viens de citer, au contraire, les idées de grandeur ont accompagné

les troubles musculaires et l'autopsie a révélé l'existence d'une pachyméningite sans aucune des lésions ordinaires de la paralysie générale.

97

ASILE DE VAUCLUSE. — M. LE D^r BIGOT,
DIRECTEUR-MÉDECIN EN CHEF.

Démence simple d'origine syphilitique probable.

Observation recueillie par le D^r CAMBRET, médecin adjoint.

T... (Martin), trente-sept ans, entre à l'asile le 30 décembre 1882 et meurt le 8 mai 1884 dans le marasme.

Homme d'une forte constitution. Pas de tare héréditaire. Il a eu une *maladie syphilitique*, il y a quelques années ; on n'a pu obtenir aucun renseignement sur la forme de cette maladie. Il a eu aussi quelques douleurs rhumatismales.

Ce malade arrive à Sainte-Anne en état maniaque, état maniaque qui se dissipe vite. Transféré à Vaucluse, on note à son arrivée un affaiblissement intellectuel manifeste sans délire. — Voici son observation vers l'époque de son admission :

Janvier 1883. Embonpoint normal ; toutes les fonctions, sauf celles du cerveau, s'effectuent bien. — La physionomie est sans expression et ne dénote que l'indifférence. Les pupilles sont égales. La langue ne tremble pas. Il n'y a pas non plus de petites contractions fibrillaires des lèvres. La parole est lente, mais nette. Ni faux pas, ni bégaiement. — Tous ces signes caractéristiques de la paralysie générale ont été recherchés avec soin et disons une fois pour toutes, qu'on ne les a jamais trouvés à aucun moment de la maladie. — La démarche est lourde et lente ; du reste, tous

les mouvements sont lents. Les sensibilités générales et spéciales sont conservées. Les réflexes tendineux sont normaux.

Au point de vue psychique : affaiblissement des facultés et surtout de la mémoire. Attention très difficile à fixer et conceptions très lentes. Il ne sait pas le cours du temps, dit qu'on est en juillet 1867. — Pas de délire. Ne parle jamais sans être interrogé. — Se plaint de sa santé, dit qu'il souffre du genou ; il y a tendance à l'hypochondrie.

Février 1883. L'état précédemment décrit se complique de la paralysie des nerfs de la troisième paire des deux côtés : ptosis, strabisme divergent et dilatation des pupilles. Cette paralysie s'établit progressivement, sans ictus préalable. En trois ou quatre jours, les yeux sont presque complètement recouverts par les paupières supérieures. — On diagnostique une tumeur syphilitique probable et on administre de l'iodure de potassium, qu'on élève à la dose de 8 grammes par jour. On maintient cette dose pendant un mois.

Les signes de la paralysie de la troisième paire disparaissent, en même temps que l'intelligence semble vouloir se réveiller.

Mars 1883. Mais l'amélioration ne persiste pas. La paralysie a disparu, mais la démence suit une marche régulièrement progressive.

Depuis cette époque jusqu'à la mort, on ne note rien de remarquable : démence de plus en plus prononcée jusqu'à la disparition à peu près complète de toute vie intellectuelle. Gâtisme, faiblesse générale, marasme et enfin mort après seize mois de séjour dans le service. Comme nous l'avons déjà dit, on ne trouva jamais les signes somatiques caractéristiques de la paralysie générale.

AUTOPSIE. — *Dure-mère* normale, pas de pachyméningite. Un peu de liquide séreux entre la dure-mère et l'arachnoïde viscérale.

Arachnoïde et pie-mère : Un peu épaissies, résistantes, vascularisées, non infiltrées, quelques traînées opalines au niveau des scissures principales. Les membranes s'enlèvent très facilement sur toutes les faces, convexe et interne, de chaque hémisphère. — A la base, elles sont très épaissies, blanches, fibreuses. Sur la partie médiane, particulièrement, elles envoient des trabécules multiples et résistants par leur face profonde. Il en résulte une sorte d'atmosphère celluleuse, à travers laquelle passent les nerfs qui émergent de la face inférieure de l'encéphale. — Quoiqu'il soit difficile, vu cette conformation anormale, de détacher les méninges, on parvient cependant à les enlever sans endommager la substance corticale grise sous-jacente.

Les artères de la base présentent quelques points athéromateux, mais nous n'avons pas pu constater la lésion syphilitique des artères, étudiée en France par M. Lancereaux (processus néoplasique entre l'endothélium et la membrane moyenne).

Le cerveau est excessivement ramolli, aussi bien dans sa substance grise que dans sa substance blanche (l'autopsie a cependant été faite le plus tôt possible). — La substance corticale est gris pâle. — Toute la pulpe cérébrale est ischémisée. — Aucune tumeur ni lésion en foyer dans le cerveau, le cervelet, le mésocéphale.

Les autres viscères ne présentent rien de remarquable.

RÉFLEXIONS. — Nous pensons, sans l'affirmer absolument, que nous avons eu affaire à une syphilis cérébrale caractérisée anatomiquement par la méningite *sui generis* de la base, et cliniquement par la démence simple et par la paralysie transitoire des nerfs de la troisième paire. Cette forme de méningite a été attribuée par M. Lancereaux, à la syphilis, et elle explique d'une façon mécanique la paralysie des moteurs oculaires communs.

L'accès maniaque du début n'est cependant pas un symptôme ordinaire de la syphilis cérébrale. Il n'est pas

rationnel cependant de considérer, dans l'espèce, cette attaque de manie comme le point de départ d'une démence arrivant rapidement au marasme.

Le léger état athéromateux des artères de la base n'explique pas non plus le ramollissement si prononcé du cerveau. Le sujet était jeune, n'avait jamais fait d'excès alcooliques et il n'était pas congestif.

Reste cette forme de démence particulière étudiée par M. le D^r Mairét : la *démence mélancolique*. Il y a beaucoup d'analogie entre notre observation et plusieurs de celles relatées par M. Mairét. Mais la démence mélancolique n'est pas encore admise généralement.

Toutes ces raisons nous ont conduit à proposer le diagnostic : syphilis cérébrale, malgré l'absence de gomme dans l'encéphale ou dans les artères.

Législation

PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS

RÉDACTION ADOPTÉE

PAR LA COMMISSION DU SÉNAT (4)

TITRE PREMIER

Des établissements d'aliénés; des aliénés traités à domicile; de la surveillance du service des aliénés.

SECTION PREMIÈRE.

Des établissements d'aliénés et des aliénés traités à domicile.

ARTICLE PREMIER.

Les établissements destinés à recevoir les aliénés sont de deux sortes : publics ou privés; ils sont exclusivement consacrés au traitement de l'*aliénation mentale*.

Les aliénés réputés incurables, les épileptiques, les idiots et les crétins peuvent être admis dans ces établissements tant qu'il n'a pas été pourvu à leur placement dans des colonies, dans des maisons de refuge ou autres établissements appropriés.

(4) Les parties imprimées en *italique* dans la rédaction de la Commission, indiquent les modifications apportées au texte des articles correspondants du Projet du Gouvernement. Les dispositions nouvelles proposées par la Commission sont imprimées en caractères romains, lorsque le Projet du Gouvernement ne présente pas d'articles correspondants. Ces dispositions nouvelles sont indiquées en tête de chaque article.

L'État fera construire un ou plusieurs établissements spéciaux pour l'éducation des jeunes idiots ou erétins et pour le traitement des jeunes épileptiques.

Les établissements prévus par les deux derniers paragraphes du présent article seront soumis à la surveillance instituée par la présente loi.

ART. 2.

Les établissements publics comprennent les asiles proprement dits et les quartiers d'hospice spécialement affectés aux aliénés.

Ils sont placés sous la direction de l'autorité publique.

Les établissements privés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique.

ART. 3.

Chaque département est tenu d'avoir un établissement public destiné à recevoir les aliénés ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou avec un établissement privé, soit de ce département, soit d'un autre département.

Les établissements privés qui, en vertu de traités, reçoivent les aliénés d'un ou plusieurs départements, sont dénommés asiles privés faisant fonction d'asiles publics.

Les traités passés par les départements avec un établissement public ou privé pour le traitement de leurs aliénés indigents doivent être approuvés par le Ministre de l'Intérieur.

Deux ou plusieurs départements peuvent créer et entretenir à frais communs un asile public d'aliénés. Les conditions de leur association sont réglées par les délibérations des Conseils généraux intéressés, conformément aux articles 89 et 90 de la loi du 10 août 1871.

Il est statué par un décret rendu en Conseil d'Etat sur le mode d'administration de l'établissement.

ART. 4.

Les asiles publics sont administrés, sous l'autorité du Ministre de l'Intérieur et des préfets des départements, *par un médecin-directeur responsable.*

Ils sont placés sous la surveillance administrative et financière de commissions gratuites composées de cinq membres, dont deux conseillers généraux élus par l'assemblée départementale et trois membres choisis par le préfet.

Les quartiers spéciaux annexés aux hôpitaux ou hospices sont administrés par les commissions administratives de ces établissements. Ils sont assimilés aux asiles publics en tout ce qui concerne la direction médicale, le traitement et la surveillance des aliénés.

Cette partie du service est confiée à un médecin en chef-préposé responsable.

Toutefois le Ministre peut, *après avoir pris l'avis du conseil supérieur des aliénés, institué en vertu de l'article 15 ci-après*, ordonner la disjonction des fonctions de médecin en chef et de directeur d'un asile public, ainsi que celles de médecin en chef et de préposé responsable d'un quartier d'hospice.

ART. 5 (art. 64 et 66 du projet du gouvernement).

Dans tous les cas prévus par les règlements d'administration faits en exécution de la présente loi, un décret du Président de la République peut suspendre le directeur d'un asile privé faisant fonction d'asile public et instituer un régisseur provisoire qui administre l'asile au lieu et place du directeur suspendu, fait observer les lois et règlements et exécute les traités existants.

Le fonctionnaire chargé de la régie conserve tous ses droits à l'avancement et à la retraite.

Cette régie provisoire ne peut avoir une durée de plus de six mois.

ART. 6.

Les *médecins-directeurs*, les *directeurs*, les *médecins en chef* et *adjoints des asiles publics*, les *médecins en chef-préposés responsables*, les *préposés responsables* et les *médecins adjoints des quartiers d'hospice*, les *médecins en chef et adjoints des établissements privés faisant fonction d'établissements publics*, sont nommés par le *Ministre de l'Intérieur*.

Les *médecins adjoints* sont nommés sur une liste de *présentation* dressée à la suite d'un *concours public*.

Les *médecins en chef* sont nommés sur une liste de *présentation* dressée par le *Comité supérieur des aliénés*. Les *candidats inscrits* sur cette liste sont pris, pour les trois quarts, soit parmi les *médecins secrétaires des commissions permanentes* instituées en vertu de l'article 11 ci-après, soit parmi les *médecins adjoints*.

Dans les *asiles publics*, les *secrétaires en chef*, les *économes*, les *receveurs*, les *pharmaciens*, les *employés de bureau*, les *surveillants en chef* sont nommés par le *préfet*, sur une liste de *présentation* dressée par le *directeur responsable* et par la *commission de surveillance*.

Les *préposés-gardiens* et *surveillants* sont nommés par le *directeur*.

Dans les *quartiers d'hospice*, les *préposés-gardiens* et *servants* doivent être agréés par le *préposé responsable*.

ART. 7.

Nul ne peut créer ni diriger un établissement privé sans l'autorisation du *Gouvernement* et sans avoir déposé un *cautionnement*.

Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité, même seul, à moins que le tuteur, le conjoint, l'un des ascendants ou l'un des descendants, le frère ou la sœur du ma-

lade n'ait son domicile dans la même maison et ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés.

Nul ne peut soigner un aliéné dans les conditions prévues au paragraphe précédent sans qu'il en ait fait la déclaration, dans le délai d'un mois à partir de la mise en traitement de la personne malade, au procureur de la République de l'arrondissement du domicile de cette personne.

ART. 8 (nouveau).

Lorsqu'un aliéné est traité dans son domicile ou dans le domicile de son tuteur, de son conjoint ou de l'un des proches parents mentionnés au paragraphe 2 de l'article précédent, et que la nécessité de le tenir enfermé a duré trois mois, le tuteur, conjoint ou parent qui préside au traitement est tenu d'en faire, par écrit, la déclaration au procureur de la République de l'arrondissement de son domicile.

Il est joint à cette déclaration un rapport dressé par un docteur en médecine conformément aux prescriptions du paragraphe 5 de l'article 46 de la présente loi.

Le procureur de la République, après avoir transmis ces pièces au secrétariat de la Commission permanente des aliénés et pris l'avis de cette Commission, peut, tant qu'il n'aura pas jugé nécessaire de recourir aux moyens de surveillance établis par la présente loi, décider que le tuteur, conjoint ou parent qui fait traiter un aliéné dans les conditions ci-dessus indiquées, est tenu seulement d'envoyer un nouveau rapport médical à des intervalles déterminés, et qui ne pourront pas excéder trois mois.

ART. 9 (art. 44 et 65 modifiés.)

Des règlements d'administration publique détermineront :

1° Les devoirs et attributions des commissions de surveillance administrative et financière des asiles publics d'aliénés,

des médecins-directeurs, directeurs, médecins en chef et adjoints et autres fonctionnaires et employés de ces établissements; des médecins-préposés responsables, des préposés responsables, des médecins adjoints des quartiers d'hospice; des médecins en chef et adjoints des asiles privés faisant fonctions d'asiles publics.

2° Les conditions auxquelles sont accordées les autorisations énoncées en l'article 7 ; les cas où ces autorisations peuvent être retirées; les obligations auxquelles sont soumis les établissements privés autorisés ; les bases sur lesquelles doit être calculé le montant des cautionnements ;

3° Les conditions d'organisation et de fonctionnement des asiles privés faisant fonction d'asiles publics, ainsi que les conditions du retrait d'autorisation et la mise en régie de ces établissements, prévues par l'article 5 de la présente loi.

4° Les conditions d'organisation et de fonctionnement des quartiers d'observation annexés aux établissements publics ou privés d'aliénés, ainsi que les quartiers ou locaux établis pour le dépôt provisoire des aliénés non encore internés, ou pour les expertises médico-légales sur l'état mental des inculpés, dans l'hospice ou hôpital de tout chef-lieu judiciaire où il n'existe pas un asile public d'aliénés ou un asile privé faisant fonction d'asile public.

5° Les bases sur lesquelles seront établies les taxes proportionnelles pour frais de surveillance des aliénés et autres dépenses en vue desquelles est constitué le fonds commun prévu par l'article 48 de la présente loi.

6° Les bases générales du concours des communes à la dépense des aliénés indigents et les règles à suivre pour appliquer ces bases aux diverses communes et fixer la proportion du concours à exiger d'elles ;

7° Les conditions de recrutement, de traitement, d'avancement et de mise à la retraite des surveillants et gardiens employés dans les établissements publics d'aliénés.

ART. 40.

Les règlements intérieurs des établissements publics et privés consacrés aux aliénés sont soumis à l'approbation du Ministre de l'Intérieur.

SECTION II

De la surveillance du service des aliénés.

ART. 44 (nouveau).

Il est institué dans chaque département une commission permanente des aliénés, composée comme il suit :

Le président du tribunal civil ou un juge commis par lui, président ;

Un membre du conseil de préfecture ou autre délégué du préfet ;

Un avoué ou ancien avoué, désigné par la chambre des avoués.

Un notaire ou ancien notaire, désigné par la chambre des notaires.

Un docteur en médecine, nommé par le ministre de l'Intérieur sur une liste de présentation dressée par le comité supérieur des aliénés et comprenant des candidats pris, pour les trois quarts, parmi les médecins en chef ou adjoints des asiles ou parmi ceux qui ont subi le concours public mentionné à l'article 6 ci-dessus.

Ce dernier membre est le secrétaire de la Commission. Il est chargé de la tenue de ses archives.

Pour les départements qui entretiennent leurs aliénés indigents dans un autre département et pour ceux dans lesquels existent plusieurs établissements d'aliénés, un décret du Président de la République, rendu sur la proposition du Ministre de l'Intérieur et sur les rapports des préfets, après avis des Conseils généraux, règle d'après les bases ci-dessus indiquées, la composition et le fonction-

nement d'une ou de plusieurs commissions permanentes des aliénés.

Lorsqu'un asile public ou un asile privé faisant fonction d'asile public est situé dans un arrondissement autre que celui du chef-lieu du département, un arrêté ministériel, rendu dans les mêmes formes, peut décider que la commission sera établie au chef-lieu d'arrondissement dans lequel le susdit asile est situé.

La commission a son siège à la préfecture ou à la sous-préfecture. Elle tient un répertoire de tous les aliénés de sa circonscription.

Tous les documents concernant les aliénés, adressés à l'autorité administrative ou à l'autorité judiciaire, sont transmis au secrétariat et déposés dans ses archives.

Ces archives sont secrètes, ainsi que les délibérations de la Commission. Le préfet, le président du tribunal, au cas où il aurait délégué un juge pour le remplacer comme président de la Commission, et le procureur de la République ont le droit d'assister aux séances de la Commission avec voix délibérative.

Les membres de la commission permanente sont nommés pour quatre ans. Ils sont renouvelables par quart, chaque année.

ART. 42 (nouveau).

La commission permanente des aliénés a pour mission de surveiller, dans sa circonscription, l'exécution de la présente loi et des règlements relatifs aux aliénés; d'assurer la protection de leur personne et la défense de leurs intérêts; de contrôler leur placement et leur maintenance dans les asiles publics et privés; de surveiller leur séjour, et présider aux soins dont ils sont l'objet dans les quartiers ou locaux d'observation ou de dépôt établis en dehors des asiles d'aliénés; de veiller à leur sortie et au patronage des aliénés après leur sortie.

Indépendamment des attributions spéciales qui lui sont conférées par les articles 20, 24, 36 et 53 de la présente loi, la Commission est tenue de visiter ou faire visiter par son secrétaire, accompagné d'un autre de ses membres, une fois au moins tous les trois mois, les aliénés placés dans les établissements publics ou privés de sa circonscription, ainsi que chaque aliéné traité dans les conditions mentionnées au paragraphe 2 de l'article 7 de la présente loi.

Les membres de la Commission chargée des visites reçoivent les réclamations des personnes intéressées et prennent tous les renseignements propres à établir la situation de chaque personne aliénée ou supposée telle; ils consignent sur le registre de l'établissement visité par eux les observations qu'ils jugent convenables; ils font un rapport à la commission sur chaque personne visitée.

Un rapport sur l'ensemble du service des aliénés dans sa circonscription et sur ses résultats pendant le dernier exercice, est rédigé, chaque année, par la Commission. Ce rapport, adressé au préfet avant le 1^{er} février, est transmis par ce dernier, avec ses observations, au Ministre de l'Intérieur.

Des indemnités sont allouées aux membres des commissions permanentes pour leurs déplacements.

Le secrétaire de la commission reçoit un traitement de l'Etat.

ART. 13 (*article 12 modifié*).

Le préfet du département est tenu de visiter, une fois au moins chaque semestre, les établissements publics ou privés situés dans le département; le président du tribunal et le procureur de la République de l'arrondissement, le juge de paix du canton, le maire de la commune où est situé l'établissement public ou privé d'aliénés, peuvent visiter ledit établissement, lorsqu'ils le jugent convenable.

ART. 14 (nouveau).

Un décret du Président de la République, délibéré en Conseil d'État et rendu dans le délai d'un an, à partir de la promulgation de la présente loi, règlera l'organisation et le fonctionnement, ainsi que le cadre du personnel et les conditions de recrutement de l'inspection générale du service des aliénés.

Les inspecteurs généraux sont nommés à la suite d'un concours sur titres dont le Ministre de l'Intérieur détermine les conditions.

Sont admis à concourir : les membres de l'Académie de médecine, les professeurs et agrégés des Facultés de médecine, les docteurs en médecine ayant rempli pendant cinq ans au moins les fonctions de directeur-médecin ou de médecin en chef d'un asile d'aliénés, ou de secrétaire d'une commission permanente des aliénés ; les docteurs en médecine qui, s'étant distingués par leur enseignement ou leurs écrits sur les maladies mentales, seraient l'objet d'une présentation du comité supérieur.

Chacun des établissements publics ou privés d'aliénés est visité, au moins une fois chaque année, par un des inspecteurs généraux.

Dans leurs tournées annuelles, qui doivent comprendre tous les départements, les inspecteurs généraux convoquent chaque commission permanente, se font rendre compte de son fonctionnement et s'assurent de la bonne exécution des lois et règlements relatifs aux aliénés et de la bonne tenue des archives.

ART. 15 (nouveau).

Dans le délai fixé à l'article précédent, il sera constitué, près le Ministère de l'Intérieur, un Comité supérieur des aliénés composé comme il suit :

Un membre du Conseil d'État, élu par le Conseil ;

- Un membre de la Cour de cassation, élu par la Cour;
- Le procureur général près la Cour d'appel de Paris ou l'un des membres du parquet de cette Cour, désigné par lui;
- Un membre de l'Académie de médecine, élu par l'Académie;
- La professeur de la Faculté de médecine de Paris chargé de l'enseignement clinique des maladies mentales;
- Un directeur du Ministère de la Justice, désigné par le ministre;
- Un directeur du Ministère de l'Intérieur, désigné par le ministre.

Les inspecteurs généraux du service des aliénés.

Ce Comité est chargé de coordonner tous les documents transmis par les préfets, d'examiner les rapports des commissions permanentes des départements; de constituer, à l'aide de ces documents, un répertoire général des aliénés; de donner son avis sur les règlements particuliers, sur les plans et projets de construction générale ou partielle des asiles, sur les traités passés par les départements pour le traitement de leurs aliénés indigents, sur les tarifs des prix de journée des aliénés, sur les autorisations à accorder aux asiles privés, et sur toutes les mesures propres à assurer l'exécution des lois et règlements concernant le service des aliénés; de présenter, chaque année, au Ministre de l'Intérieur un rapport général, qui sera publié au *Journal officiel* et distribué aux Chambres.

TITRE II

Des placements faits dans les établissements d'aliénés.

SECTION PREMIÈRE

*Des placements faits sur la demande des particuliers ou
: placements dits volontaires.*

ART. 46.

Les chefs responsables des établissements publics et privés consacrés aux aliénés ne peuvent recevoir une per-

sonne présentée comme atteinte d'aliénation mentale, s'il ne leur est remis :

1° Une demande d'admission contenant les nom, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la forme que de celle dont le placement est réclamé et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles.

La demande est écrite et signée par celui qui la forme ; *elle est visée par le juge de paix, le maire ou le commissaire de police. En cas d'urgence le visa n'est exigible que dans les quarante-huit heures de l'admission.* Si l'auteur de la demande ne sait pas écrire, celle-ci est reçue par le fonctionnaire dont le visa est réclamé, qui en donne acte.

Si la demande est formée par le tuteur d'un interdit, il doit fournir à l'appui, *dans un délai de quinze jours, un extrait du jugement d'interdiction et un extrait de la délibération du conseil de famille prise en vertu de l'article 510 du Code civil.*

2° *Un rapport au procureur de la République, sur l'état mental de la personne à placer, signé d'un docteur en médecine. Ce rapport doit être circonstancié ; il doit indiquer notamment : la date de la dernière visite faite au malade par le signataire, sans que cette date puisse remonter à plus de huit jours ; les symptômes observés et les preuves de folie constatées personnellement par le signataire ; les phases de la maladie, ainsi que les motifs d'où résulte la nécessité de faire traiter le malade dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir enfermé.*

Ce rapport ne peut être admis s'il a été dressé plus de huit jours avant la remise au chef responsable de l'établissement ; s'il est l'œuvre d'un médecin attaché à l'établissement à un titre quelconque, ou si l'auteur est parent ou allié au second degré inclusivement du chef responsable, ou du propriétaire de l'établissement ou des médecins

qui y sont attachés, ou de la personne qui fait effectuer le placement, ou de la personne à placer.

En cas d'urgence, l'admission peut avoir lieu sur la présentation d'un rapport médical sommaire; mais le médecin certificateur doit, dans le délai de deux jours, produire un rapport détaillé, conformément aux dispositions ci-dessus, sous l'une des peines portées à l'article 67 ci-après.

3° L'acte de naissance ou de mariage de la personne à placer ou toute autre pièce propre à établir l'identité de cette personne.

Les pièces qui ne rempliraient pas les conditions ci-dessus prescrites doivent être rectifiées ou complétées dans un délai de quinze jours, sur la demande du directeur de l'établissement ou sur celle de la Commission permanente.

ART. 47 (nouveau).

Lorsque les formalités nécessaires pour le placement d'une personne dans un établissement d'aliénés auront été remplies, si cette personne s'oppose par la force à son transport dans cet établissement, le maire ou le commissaire de police doit être requis d'assurer son transport. Le fonctionnaire ainsi requis doit faire procéder à l'exécution du placement, en prenant les précautions voulues pour éviter des accidents. Il dresse un procès-verbal des faits et le transmet, dans les vingt-quatre heures, au procureur de la République.

Ces dispositions s'appliquent aux placements effectués sur demande des particuliers et aux placements ordonnés par l'autorité publique.

Il est procédé de même, dans le cas de réintégration après évasion prévu par l'article 53 ci-après.

ART. 48 (nouveau).

Toute personne majeure qui, ayant conscience de son état d'aliénation mentale, demande à être placée dans un

établissement d'aliénés, peut y être admise sans les formalités prescrites par l'article 16. Une demande signée par elle est suffisante.

Si elle ne sait pas écrire, la demande est reçue conformément aux prescriptions du paragraphe 3 de l'article 16.

La personne ainsi admise est soumise aux prescriptions de l'article 20 ci-après, et aux autres dispositions de la présente loi concernant les placements faits sur demande des particuliers.

ART. 19 (*nouveau*).

Nul ne peut être conduit à l'étranger pour être placé dans un établissement d'aliénés, ni être traité à l'étranger comme aliéné, sans que, dans le délai d'un mois, à partir du jour du placement, la déclaration n'en soit faite par la personne qui l'a provoquée au procureur de la République du domicile du malade.

Nul étranger conduit en France pour être placé dans un établissement d'aliénés, ne peut être admis dans cet établissement sans une demande et sans un certificat médical, légalisés dans son pays d'origine ou par un représentant diplomatique de ce pays en France. Si la demande et le certificat ne sont pas écrits en français, il y est joint une traduction française certifiée conforme.

Dans les trois jours de la notification de ce placement, faite conformément au paragraphe 2 de l'article 20 ci-après, le préfet en donne avis au représentant diplomatique du pays d'origine de la personne placée.

Le même avis de placement doit être donné, dans le même délai, au représentant diplomatique du pays d'origine de tout étranger résidant ou de passage en France, dont l'état d'aliénation aurait exigé le placement conformément aux termes, soit de l'article 16, soit de l'article 29 de la présente loi.

ART. 20.

Les personnes admises dans les établissements d'aliénés, conformément aux dispositions des articles précédents, ne le sont qu'à titre provisoire et sont en conséquence placées dans un quartier d'observation. Elles y sont maintenues autant que les exigences du traitement le permettent. Si le médecin, avant la décision de la chambre du conseil, les fait passer dans un autre quartier, il doit indiquer la date et les motifs de ce changement sur le registre prescrit par l'article 23 ci-après.

Dans les vingt-quatre heures qui suivent l'admission, le directeur de l'établissement adresse le bulletin d'entrée du malade, accompagné de la copie de la demande d'admission, du rapport prescrit à l'article 16, du certificat du médecin de l'établissement, dit certificat de vingt-quatre heures: 1° au préfet du département où l'établissement est situé, qui transmet sur-le-champ ces pièces au secrétariat de la commission permanente; 2° au procureur de la République de l'arrondissement du domicile de la personne placée; 3° au procureur de la République de l'arrondissement où l'établissement est situé.

Dans les cinq jours de la réception de ces pièces, deux membres de la commission permanente, dont l'un est toujours le médecin-secrétaire, doivent visiter la personne placée.

Dans le même délai, le procureur de la République de l'arrondissement où l'asile est situé; ou le juge de paix délégué par lui, est tenu de se rendre dans l'établissement et d'y interroger la personne placée.

S'il le juge nécessaire, il se fait assister d'un médecin choisi par lui, et procède ou fait procéder, au lieu du domicile de cette personne, à une enquête sur sa situation de famille et ses antécédents, ainsi que sur les circonstances d'où est résultée la nécessité du placement.

Quinze jours après ce placement, il est adressé au préfet

et au procureur de la République un nouveau certificat du médecin de l'établissement. Ce certificat confirme ou rectifie, s'il y a lieu, les observations contenues dans le premier certificat, en indiquant la nature et la marche des accès ou des actes de démence.

ART. 21

Aussitôt après les formalités prescrites à l'article précédent, le procureur de la République adresse ses réquisitions écrites, avec les rapports médicaux de vingt-quatre heures et de quinzaine et l'avis de la commission permanente, au tribunal de l'arrondissement où l'établissement est situé. Le tribunal statue d'urgence, en chambre du conseil, sur la maintenue ou la sortie de la personne placée.

La décision de la chambre du conseil est notifiée sur-le-champ au préfet et au chef responsable de l'établissement.

Cette notification doit avoir lieu, dans les vingt jours à partir du placement provisoire, à moins que la chambre du conseil, estimant qu'elle n'est pas suffisamment éclairée pour statuer, ne déclare, par un jugement motivé, qu'elle surseoit à sa décision pendant un délai qu'elle fixe dans ledit jugement.

ART. 22 (nouveau).

Dans les cas de transfèrement d'un aliéné d'un établissement dans un autre, l'admission de l'aliéné transféré a lieu sur le vu du certificat délivré par le médecin de l'établissement d'où provient ce malade et d'une copie des pièces légales concernant ce dernier.

Le médecin de l'établissement où l'aliéné est transféré fait les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine et le chef responsable fait les notifications prescrites par le paragraphe 2 de l'article 20. Les autres prescriptions du susdit article ne sont pas exigées.

ART. 23.

Il y a dans chaque établissement un registre coté et paraphé par le maire, sur lequel sont immédiatement inscrits les nom, profession, âge et domicile des personnes qui y sont placées ; la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcée et le nom de leur tuteur ; la date de leur placement ; les nom, profession et demeure de la personne, parente ou non parente, qui l'aura demandé.

Sont également transcrits sur ce registre : 1° la demande d'admission ; 2° les rapports médicaux prescrits par l'article 16 ; 3° le certificat de vingt-quatre heures et le *certificat de quinzaine* ; 4° la décision de la chambre du conseil.

Le médecin est tenu de consigner sur ce registre les changements survenus dans l'état mental de chaque malade, au moins chaque semaine pendant le premier mois de séjour, au moins chaque mois pendant le reste de la première année, et ultérieurement au moins chaque trimestre.

Le médecin constate également sur ce registre la date de la sortie et l'état mental du malade au moment où elle a lieu, la date et les causes du décès. Ce registre est exclusivement communiqué aux personnes qui, d'après les articles 12 et 13, ont le droit de visiter l'établissement ; après chacune de leurs visites, elles apposent sur le registre leur visa, leur signature et leurs observations, s'il y a lieu.

ART. 24.

Toute personne placée dans un établissement d'aliénés en vertu des articles précédents, cesse d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement ont déclaré, sur le registre susénoncé, que la guérison est obtenue.

S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il est donné immédiatement avis de la déclaration des médecins aux

personnes auxquelles il doit être remis, ainsi qu'au procureur de la République.

ART. 25.

Avant même que les médecins aient déclaré la guérison, toute personne placée dans un établissement d'aliénés cesse également d'y être retenue, dès que la sortie est requise par l'une des personnes ci-après désignées, savoir :

1° Le curateur nommé en exécution de l'article 60 de la présente loi ;

2° *Le conjoint ;*

3° *A défaut du conjoint, les ascendants ;*

4° *A défaut d'ascendants, les descendants ;*

5° La personne qui a signé la demande d'admission, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté, sans l'assentiment du conseil de famille ;

6° Toute personne à ce autorisée par le conseil de famille ou agréée par le tribunal.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit qu'il y a dissentiment soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille décide.

Néanmoins si le médecin de l'établissement ou la *commission permanente* sont d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre la *sécurité, la décence, la tranquillité publiques ou sa propre sûreté, ou que la personne qui réclame la sortie n'est pas en situation de lui donner les soins nécessaires*, il est immédiatement donné avis : à Paris, au Préfet de police ; dans les départements, au préfet, et il est provisoirement sursis à la sortie.

Ce sursis provisoire cesse de plein droit, à l'expiration de la quinzaine, si le préfet n'a pas, dans ce temps, donné l'ordre contraire, conformément à l'article 33 ci-après.

En cas de minorité ou d'interdiction, le tuteur seul peut requérir la sortie.

ART. 26.

Dans les vingt-quatre heures de la sortie, *les chefs responsables des établissements* en donnent avis aux fonctionnaires auxquels la notification du placement a été faite, conformément à l'article 20 et leur font connaître le nom, la résidence des personnes qui ont retiré le malade, son état mental au moment de la sortie et, autant que possible, l'indication du lieu où il a été conduit.

ART. 27.

Le préfet peut toujours, après avoir pris l'avis du médecin traitant ou de la commission permanente, ordonner la sortie des personnes placées dans les établissements d'aliénés.

Cet ordre est notifié à la personne qui a signé la demande d'admission et au chef responsable de l'établissement, lesquels peuvent former opposition dans les vingt-quatre heures de la notification.

L'opposition est jugée par le tribunal civil en chambre du conseil.

ART. 28.

En aucun cas l'interdit ne peut être remis qu'à son tuteur, et le mineur qu'à ceux sous l'autorité desquels il est placé par la loi.

SECTION II

Des placements ordonnés par l'autorité publique ou placements d'office.

ART. 29

A Paris le Préfet de police, et dans les départements les préfets ordonnent d'office le placement dans un établis-

ment d'aliénés de toute personne, interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation, *dûment constaté par un certificat médical*, compromettrait la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques, ou sa propre sécurité.

Les ordres des préfets sont motivés et doivent énoncer les circonstances qui les ont rendus nécessaires. Ces ordres, ainsi que ceux qui sont donnés conformément aux articles 30, 32, 33, sont inscrits sur le registre prescrit par l'article 23 ci-dessus, dont toutes les dispositions sont applicables aux individus placés d'office.

Les arrêtés des préfets qui n'ont pas reçu leur exécution dans un délai de quinze jours cessent d'être exécutoires.

ART. 30.

En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, et les maires dans les autres communes, ordonnent à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale toutes les mesures provisoires nécessaires, à la condition d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statue sans délai.

Ces personnes doivent être envoyées directement dans l'asile qui reçoit les aliénés du département toutes les fois que le transport peut s'effectuer dans la même journée.

ART. 31.

Les admissions prononcées en vertu des deux articles précédents ne sont que provisoires; les dispositions des articles 20 et 21 leur sont applicables.

ART. 32.

Les *chefs responsables* des établissements sont tenus d'adresser aux préfets, dans le premier mois de chaque semestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établis-

ment sur l'état de chaque personne qui y est retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement.

ART. 33.

A l'égard des personnes dont le placement a été *effectué volontairement ou sur la demande de particuliers*, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre la *sécurité, la décence ou la tranquillité publiques*, ou leur propre sûreté, le préfet peut, dans les formes tracées par l'article 29 et sur l'*avis de la commission permanente*, décerner un ordre spécial à l'effet d'empêcher qu'elles ne sortent de l'établissement sans son autorisation, si ce n'est pour être placées dans un autre établissement.

Les *chefs responsables* des établissements sont tenus de se conformer à cet ordre.

ART. 34.

Les ordres donnés en vertu des articles 29, 30 et 33 ci-dessus sont notifiés administrativement, dans un délai de trois jours, au maire du domicile des personnes soumises au placement, qui en donne immédiatement avis aux familles.

ART. 35.

Les prescriptions de l'article 23 sont applicables aux personnes placées d'office.

Aussitôt que le médecin a déclaré, sur le registre tenu en exécution de l'article 23, que la sortie peut être ordonnée, les *chefs responsables* des établissements sont tenus, sous peine d'être poursuivis, conformément à l'article 52 ci-après, d'en référer au préfet qui statue sans délai, *après avoir pris l'avis de la commission permanente*.

ART. 36.

Dans aucun cas les aliénés dirigés sur un asile ne peuvent être, ni conduits avec des condamnés ou des prévenus, ni

déposés dans une prison. Lorsque, pendant le voyage de transport, un arrêt est indispensable, le malade est déposé dans un hospice ou hôpital civil ou, à défaut, dans un local loué à cet effet.

(Nouveau). Dans tout chef-lieu judiciaire où il n'existe pas d'établissement public, l'hospice ou l'hôpital civil, qui doit recevoir provisoirement les personnes qui leur sont adressées en vertu des articles 29 et 30, est tenu d'établir et d'approprier un local d'observation et de dépôt destiné à recevoir les aliénés non encore internés, avant ou pendant leur voyage de transport à l'asile et à recevoir les inculpés présumés aliénés, qui seraient soumis, par décision de la justice, à une expertise médico-légale.

L'organisation et le fonctionnement de ces quartiers ou locaux sont confiés à la commission permanente sous l'autorité du préfet.

ART. 37.

Les aliénés ne doivent être retenus en observation dans les hôpitaux et hospices civils ordinaires que le temps nécessaire pour constater leur état d'aliénation mentale et pourvoir à leur transfèrement dans l'asile destiné à les recevoir.

Jamais ils ne peuvent être conservés dans un établissement qui n'est pas spécialement consacré à leur traitement pendant plus de quinze jours, à moins d'une autorisation particulière et motivée du préfet.

SECTION III

Des condamnés devenus aliénés ; des aliénés dits criminels ; des inculpés présumés aliénés et soumis à une expertise médico-légale.

ART. 38.

Les individus, de l'un et de l'autre sexe, condamnés à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correc-

tionnelles de plus d'un an d'emprisonnement, qui sont reconnus épileptiques ou deviennent aliénés pendant qu'ils subissent leur peine, et dont l'état d'aliénation a été constaté par un certificat du médecin de l'établissement pénitentiaire, sont, après avis de la commission permanente du département dans lequel l'établissement pénitentiaire est situé, conduits dans des quartiers spéciaux d'aliénés annexés à des établissements pénitentiaires et y sont retenus jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur peine.

ART. 39.

Est mis à la disposition de l'autorité administrative, pour être placé dans un établissement d'aliénés, dans le cas où son état mental compromettrait la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques, ou sa propre sûreté, et après de nouvelles vérifications, si elles sont jugées nécessaires :

1° Tout inculpé qui, par suite de son état mental, a été considéré comme irresponsable et a été l'objet d'une ordonnance ou d'un arrêt de non-lieu ;

2° Tout prévenu poursuivi en police correctionnelle qui a été acquitté comme irresponsable à raison de son état mental ;

3° Tout accusé ou prévenu poursuivi en cour d'assises qui a été l'objet d'un verdict de non-culpabilité, si la défense a soutenu qu'il était irresponsable à raison de son état mental, ou si le ministère public a abandonné l'accusation pour la même cause.

Il est statué : dans le cas d'ordonnance de non-lieu ou d'acquiescement en police correctionnelle, par le tribunal en chambre du conseil ;

Dans le cas d'arrêt de non-lieu, par la chambre des mises en accusation ;

Dans le cas de verdict de non-culpabilité, par la cour d'assises en chambre du conseil ; ou, s'il y a lieu à de nou-

velles vérifications, la cour d'assises peut renvoyer l'indiv du acquitté devant le tribunal en chambre du conseil.

Les placements faits en vertu du présent article ne sont pas soumis aux prescriptions de l'article 20, sauf celles du deuxième paragraphe de cet article.

ART. 40.

L'Etat fera construire ou approprier un asile spécial ou plusieurs asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels de l'un et de l'autre sexe, où seront conduits et retenus, en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur, les aliénés mis à la disposition de l'autorité administrative, en exécution de l'article 39.

Pourront également y être conduits et retenus, en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur, sur la proposition du comité supérieur des aliénés :

1° Les aliénés qui, placés dans un asile, y auront commis un acte qualifié crime ou délit contre les personnes;

2° Les condamnés à une peine correctionnelle de moins d'un an d'emprisonnement qui deviennent aliénés pendant qu'ils subissent leur peine;

3° Les condamnés devenus aliénés dont il a été parlé à l'article 38, lorsqu'à l'expiration de leur peine le Ministre de l'Intérieur aura reconnu dangereux soit de les remettre en liberté, soit de les transférer dans l'asile de leur département.

Tout aliéné traité dans l'asile ou les asiles spéciaux créés en vertu du présent article peut être transféré dans l'asile de son département en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur, rendue sur la proposition motivée du médecin traitant et après avis du comité supérieur.

ART. 44 (nouveau).

Lorsque la sortie d'un des aliénés internés en vertu des articles 38 et 39 est demandée, le médecin traitant doit

déclarer si l'interné est ou non guéri et, en cas de guérison, s'il est, ou non, légitimement suspect de rechute.

La demande et la déclaration susdites, accompagnées de l'avis motivé de la commission permanente, sont déférées de droit au tribunal, qui statue en chambre du conseil conformément à l'article 50 ci-après.

Si la sortie n'est pas accordée, la chambre du conseil peut décider qu'il ne sera procédé à un nouvel examen qu'à l'expiration d'un sursis qui ne peut se prolonger au delà d'une année.

La sortie accordée est révocable et peut n'être que conditionnelle. Elle est alors soumise à des mesures de surveillance réglées par la chambre du conseil d'après les circonstances de chaque cas particulier. Si ces conditions ne sont pas remplies ou s'il se produit des menaces de rechute, la réintégration à l'asile est immédiate.

ART. 42 (nouveau).

Lorsqu'un inculpé est présumé aliéné, l'expertise prescrite en vue de déterminer son état mental, peut avoir lieu soit dans le quartier ou local d'observation et dépôt provisoire établi à l'hôpital ou hospice conformément à l'article 36 de la présente loi, soit dans un établissement public, ou dans un établissement privé faisant fonction d'établissement public d'aliénés, si l'expert ou l'un des experts désignés est médecin de cet établissement.

L'admission de la personne présumée aliénée a lieu, en vertu d'un arrêté du préfet, pris sur la demande de l'autorité judiciaire.

Si l'expertise a lieu dans un établissement d'aliénés, la personne présumée aliénée peut être réintégrée dans la prison, aussitôt que le chef responsable en fait la demande au préfet, pour motif de sécurité ou autre motif valable.

SECTION IV

Dépenses et recettes du service des aliénés.

ART. 43.

Sont conduits dans l'établissement appartenant au département ou avec lequel il a traité, les aliénés dont le placement a été ordonné par le préfet, à moins que la famille ne demande leur admission dans un asile privé et ne subviennne aux frais de leur entretien.

Y sont également admis par arrêté du préfet, aux conditions réglées par le Conseil général et avec les formalités prescrites par l'article 20, les aliénés indigents dont l'état mental ne compromettrait pas *la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques*, ou leur propre sûreté.

ART. 44.

La dépense du transport des personnes dirigées par l'Administration sur les établissements d'aliénés est arrêtée par le préfet, sur le mémoire des agents préposés à ce transport.

En l'absence de traités réglant la dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des aliénés placés dans les établissements publics, cette dépense est réglée d'après un prix de journée arrêté chaque année par le Ministre de l'Intérieur pour les asiles de l'Etat, et pour ceux qui constituent une personne civile, par les Conseils généraux pour les asiles départementaux, par les commissions administratives pour les quartiers d'hospice. *Pour les asiles privés faisant fonction d'asiles publics, la dépense ci-dessus est fixée par les traités passés avec le département, conformément à l'article 3.*

Dans aucun cas, les Conseils généraux ne peuvent disposer des réserves ou des excédents de recette des asiles

pour les appliquer à un autre service qu'à celui des établissements qui les auront réalisés.

Les recettes et les dépenses des quartiers d'hospice affectés aux aliénés sont l'objet d'une section distincte dans le budget de l'établissement hospitalier dont ils font partie, et le produit de leurs recettes doit leur être intégralement réservé.

ART. 45.

Les dépenses énoncées en l'article 44 sont à la charge des personnes placées; à leur défaut, à la charge de ceux auxquels il peut être demandé des aliments, aux termes des articles 205 et suivants du Code civil.

S'il y a contestation sur l'obligation de fournir les aliments ou sur leur quotité, il est statué par le tribunal compétent, à la diligence de l'administrateur *des biens de l'aliéné*.

Le recouvrement des sommes dues est poursuivi et opéré à la diligence de l'administration de l'enregistrement et des domaines.

ART. 46.

A défaut ou en cas d'insuffisance des ressources énoncées en l'article précédent, il y est pourvu par le département, sans préjudice du concours de la commune du domicile de l'aliéné, d'après un tarif arrêté par le Conseil général, sur les propositions du préfet.

Les hospices sont tenus à une indemnité proportionnée au nombre des aliénés dont le traitement ou l'entretien était à leur charge, et qui seraient placés dans un établissement spécial d'aliénés.

En cas de contestation, il est statué par le conseil de préfecture.

ART. 47.

Sont payés par l'Etat :

1° Les traitements et pensions de retraite des inspecteurs généraux du service des aliénés;

2° Les traitements et pensions de retraite des médecins-directeurs, directeurs, médecins en chef et adjoints des asiles publics, des médecins en chef-préposés responsables et médecins adjoints des quartiers d'hospice, des médecins en chef et adjoints des établissements privés faisant fonction d'asiles publics.

Toutefois, les établissements publics et les établissements privés faisant fonction d'asiles publics rembourseront au Trésor la dépense correspondante aux traitements des fonctionnaires énumérés ci-dessus.

A cet effet, la loi de finances déterminera chaque année le nombre de centimes qui seront réservés sur les prix de journée et les pensions payées soit par les départements, soit par les familles, pour les aliénés à leur charge.

Les fonctionnaires et employés des asiles publics, nommés par les préfets, conformément au paragraphe 4 de l'article 6, sont associés aux charges et bénéfices de la Caisse de retraite du département où est situé l'asile. En cas de changement d'un de ces fonctionnaires d'un département dans un autre, les retenues versées par lui dans la Caisse des retraites du département qu'il quitte sont reversées dans la Caisse du département où il se rend.

Si l'un des fonctionnaires départementaux susdits est appelé à un emploi rétribué par l'État, conformément à la présente loi, les sommes versées par lui à la Caisse des retraites du département qu'il quitte sont reversées dans la Caisse des retraites civiles de l'État.

ART. 48 (nouveau).

Sont payés également par l'Etat :

Les frais du répertoire central des aliénés et autres dépenses du comité supérieur ;

Les traitements et pensions de retraite des médecins-secrétaires des commissions permanentes ainsi que les frais de déplacement et autres desdites commissions.

Toutefois, la dépense ci-dessus sera remboursée au Trésor jusqu'à concurrence de la moitié au moyen du fonds commun des aliénés, constitué comme il suit :

Sont soumis à une taxe annuelle, proportionnelle au nombre des malades placés comme pensionnaires et au prix de la pension payée par chaque malade, tout établissement public ou privé d'aliénés, et toute personne traitant dans son domicile un aliéné, même seul, dans les conditions de surveillance établies par la présente loi.

Le prix de la pension est constaté par les conventions écrites ou par la déclaration du directeur de l'établissement ou de la personne qui traite dans son domicile l'aliéné. En cas de fausse déclaration, la taxe est double.

Le produit de la taxe sus énoncée formera un fonds commun qui sera exclusivement affecté au remboursement prévu par le présent article.

Le taux de la taxe sera fixé chaque année par la loi de finances.

ART. 49.

La dépense d'entretien des personnes traitées en exécution de l'article 1^{er} et des paragraphes 4 et 3 de l'article 40 dans les asiles spéciaux construits par l'Etat, est supportée par les départements auxquels ces personnes appartiennent, jusqu'à concurrence du prix de journée payé par chacun de ces départements pour ses aliénés ordinaires.

Le surplus de la dépense d'entretien, s'il y en a, et les dépenses du transfèrement sont à la charge de l'Etat.

Les dépenses des condamnés visés par l'article 38 et par le paragraphe 2 de l'article 40 restent entièrement à la charge de l'administration pénitentiaire.

Il en est de même de la dépense des personnes placées pour une expertise médico-locale dans un établissement d'aliénés ou dans un quartier ou local d'observation ou

dépôt, conformément à l'article 42 ci-dessus, jusqu'à ce qu'il ait été statué sur la poursuite dont elles sont l'objet.

SECTION V

Dispositions communes à toutes les personnes placées dans les établissements d'aliénés.

ART. 50.

Toute personne retenue dans un établissement d'aliénés ou toute autre personne intéressée peuvent, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu où est situé l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonne, s'il y a lieu, la sortie immédiate. Il suffit, à cet effet, que le réclamant adresse une demande sur papier libre au procureur de la République, qui doit, sans retard, en saisir la chambre du conseil.

Les personnes qui ont demandé le placement, tout membre de la commission permanente, et le procureur de la République, d'office, peuvent se pourvoir aux mêmes fins.

Dans le cas d'interdiction, cette demande ne peut être formée que par le tuteur, le curateur, le procureur de la République, tout membre de la commission permanente ou par l'interdit lui-même.

Dans tous les cas, communication de la demande est faite par le procureur de la République à la personne qui a fait le placement, au tuteur et au curateur, s'il s'agit d'un interdit, ainsi qu'à la commission permanente des aliénés.

La décision est rendue sans aucuns frais en chambre du conseil et sans délai; elle n'est point motivée.

Tous les actes judiciaires ou extrajudiciaires à faire dans les cas prévus par le présent article sont visés pour timbre et enregistrés gratis.

Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées; soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, soit

à la commission permanente des aliénés ne peuvent être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées au titre III, ci-après.

ART. 51.

Les médecins des établissements *autres que ceux mentionnés à l'article 40*, peuvent, à titre d'essai, autoriser la sortie des malades pour la durée d'un mois.

Les sorties de plus d'un mois doivent être autorisées par le préfet, *après avis de la commission permanente.*

Mention de ces mesures est faite sur le registre prescrit par l'article 23 et notification est adressée au préfet, au procureur de la République et au maire de la commune.

Ce dernier, en cas de rechute du malade pendant son congé, doit veiller à sa prompte réintégration dans l'asile.

ART. 52.

Les chefs responsables ne peuvent, sous les peines portées par l'article 120 du Code pénal, retenir une personne placée dans un établissement d'aliénés, dès que sa sortie a été ordonnée par le préfet aux termes des articles 27, 32 et 35, ou par le tribunal aux termes de l'article 50, ni lorsque cette personne se trouve dans les cas énoncés aux articles 24 et 25.

ART. 53.

Lorsqu'un aliéné s'est évadé d'un asile public ou privé, sa réintégration peut s'accomplir sans formalités, si elle a lieu dans un délai de quinze jours. Passé ce délai, il ne peut être réadmis dans un asile qu'à la condition qu'il soit procédé à son placement, soit volontaire, soit d'office, conformément aux prescriptions de la présente loi.

ART. 54.

Les commissions permanentes exercent, à l'égard des personnes non interdites qui sont placées dans les éta-

blissements publics ou privés d'aliénés, les fonctions d'administrateur provisoire. Dans leur première séance de chaque année, elles délèguent, pour remplir ces fonctions, un ou plusieurs de leurs membres.

Les fonctions de l'administrateur ainsi délégué ne sont pas gratuites. Ses honoraires sont prélevés sur les biens de l'aliéné, d'après un tarif arrêté par un règlement d'administration publique.

L'autorisation de la commission permanente remplace celle du conseil de famille pour les actes à l'égard desquels le Code exige cette autorisation.

L'administrateur procède au recouvrement des sommes dues à l'aliéné et à l'acquittement des dettes; passe des baux qui ne peuvent excéder trois ans, à moins qu'il ne soit autorisé spécialement par la commission permanente à consentir un bail dont la durée ne peut être supérieure à neuf ans.

Avec la même autorisation, précédée de l'avis du médecin traitant, il peut vendre les biens mobiliers et immobiliers de l'aliéné, lorsque leur valeur, d'après l'appréciation de la commission permanente, n'excède pas 1,500 francs en capital. Si leur valeur dépasse cette somme, il faut, en outre, l'homologation du tribunal statuant en chambre du conseil, le ministère public entendu.

S'il s'agit d'une succession, l'administrateur doit, pour l'accepter ou la répudier, conformément à l'article 461 du Code civil, obtenir, outre l'autorisation de la commission permanente, celle du président du tribunal.

L'acceptation n'a lieu que sous bénéfice d'inventaire.

ART. 55.

L'administrateur provisoire fait, dans le plus bref délai, emploi des sommes trouvées sur la personne de l'aliéné, ou provenant soit de la vente de son mobilier, soit des recouvrements opérés pour son compte.

Lorsqu'un aliéné est placé dans un établissement public, les sommes trouvées sur sa personne ou provenant soit de la vente de ses biens tant mobiliers qu'immobiliers, soit de recouvrements opérés pour son compte, sont versées à la caisse de l'établissement, et le cautionnement du receveur est affecté à la garantie desdits deniers par préférence aux créanciers de toute nature.

Lorsqu'un aliéné est placé dans un établissement privé, ces sommes sont recouvrées par l'administrateur provisoire qui en assure la conservation. Si elles excèdent 1,500 francs, le mode de conservation en doit être réglé par la commission permanente et autorisé par le président du tribunal.

Il doit être fait emploi dans le plus bref délai des sommes ci-dessus énoncées quand elles n'excèdent pas 1,500 francs en capital. L'emploi en est réglé par la commission permanente ; au-dessus de ce chiffre, l'emploi proposé par la commission permanente doit être autorisé par le président du tribunal.

L'administrateur provisoire est tenu de se conformer aux dispositions des articles 1, 5 et 6 de la loi du 27 février 1880.

ART. 56.

L'administrateur provisoire peut agir dès le moment de l'admission provisoire de l'aliéné dans un établissement public ou privé et sans attendre la décision de la chambre du conseil sur sa maintenue ou sa sortie.

ART. 57.

Dans le mois qui suit l'année écoulée depuis l'internement d'un aliéné dans un asile public ou privé, l'administrateur provisoire doit soumettre au procureur de la République un état de la situation financière de l'aliéné.

ART. 58.

Si l'aliéné est commerçant ou s'il est engagé dans une exploitation industrielle ou agricole, le président du tri-

bunal, statuant en référé, peut, sur la demande du conjoint ou de l'associé et *contradictoirement avec l'administrateur provisoire*, conserver soit au conjoint, soit à l'associé, la direction des affaires *particulières* ou sociales.

Dans ce cas, le conjoint ou l'associé doivent communiquer à l'administrateur, un an après l'internement, un état sur la situation financière de l'aliéné.

ART. 59.

Les parents, *le conjoint*, l'associé de l'aliéné, *la commission permanente* et le procureur de la République peuvent toujours provoquer la nomination d'un administrateur judiciaire.

Cette nomination est faite en chambre du conseil par le tribunal civil du domicile, conformément à l'art. 497 du Code civil.

Elle doit être précédée de l'avis du conseil de famille, mais seulement lorsqu'elle est demandée par les parents, le conjoint et l'associé.

Dans les autres cas, cet avis n'est pas nécessaire.

ART. 60.

Au moment où il procède à la nomination d'un administrateur judiciaire, le tribunal est tenu de désigner en même temps, dans les mêmes formes, un curateur à la personne de l'aliéné.

Ce curateur doit veiller :

1^o A ce que les revenus de l'aliéné, *dans la proportion qui est fixée par le tribunal*, soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison ;

2^o A ce que l'aliéné soit rendu à l'exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permet.

Ce curateur ne peut être choisi parmi les héritiers présumptifs de la personne placée dans un établissement d'aliénés.

Il sera nommé un curateur à toute personne interdite placée dans un établissement public ou privé.

Si dans le délai d'un mois, à dater de l'internement, cette nomination n'a pas été requise par les parents ou le conjoint, elle doit l'être par le procureur de la République.

ART. 61.

Les pouvoirs de l'administrateur judiciaire, quant aux biens, sont les mêmes que ceux du tuteur du mineur ou de l'interdit; ils sont régis par les mêmes règles et soumis aux mêmes conditions, à l'exception de l'hypothèque légale.

Il est tenu de présenter, tous les deux ans, au curateur, un état de la situation de fortune de l'aliéné.

ART. 62.

Les dispositions du Code civil sur les causes qui dispensent de la tutelle, sur les incapacités, les exclusions ou les destitutions des tuteurs, sont applicables aux administrateurs judiciaires nommés par le tribunal. Sur la demande des parties intéressées ou sur celle du procureur de la République, le jugement qui nomme l'administrateur judiciaire peut, en même temps, constituer sur ses biens une hypothèque générale ou spéciale, jusqu'à concurrence d'une somme déterminée par le jugement. Le procureur de la République doit, dans le délai de quinzaine, faire inscrire cette hypothèque au bureau de la conservation; elle ne date que du jour de l'inscription.

ART. 63.

Les significations à faire à la personne placée dans un établissement d'aliénés doivent être faites à l'administrateur provisoire ou judiciaire, suivant les cas.

Dans les cas de signification de pièces relatives à une instance en interdiction, cette signification est faite en outre à la personne elle-même.

Il n'est point dérogé aux dispositions de l'art. 474 du Code de commerce.

ART. 64.

Les pouvoirs de la *commission permanente* cessent de plein droit dès que la personne placée est sortie définitivement de l'établissement; ils subsistent pendant les sorties provisoires et *les congés à titre d'essai et en cas d'évasion jusqu'à l'expiration du délai de quinze jours prévu à l'art. 53.*

Les pouvoirs de l'administrateur judiciaire nommé en vertu de l'art. 59 et ceux du curateur nommé en vertu de l'art. 60 ne cessent, lors même que la personne placée est définitivement sortie de l'asile, qu'à la suite d'une mainlevée prononcée par le tribunal, en chambre du conseil; le retrait des sommes qui auraient été déposées à la Caisse des dépôts et consignations est opéré sur la production d'une expédition du jugement prononçant la mainlevée.

Les pouvoirs de l'administrateur judiciaire cessent de plein droit à l'expiration d'un délai de trois ans; ils ne peuvent être renouvelés qu'après que ledit administrateur a fourni au curateur l'état de situation prescrit par l'art. 61.

ART. 65.

Les actes *faits* par un aliéné non interdit dont la chambre du conseil a maintenu l'internement dans un établissement public ou privé, peuvent être annulés par cela seul qu'ils ont été faits dans l'intervalle compris entre l'admission et la sortie de l'aliéné, à moins que les parties intéressées ne prouvent qu'ils ont été accomplis pendant un intervalle lucide. L'action en nullité est soumise aux règles de l'art. 1304 du Code civil.

Les dix ans courent à l'égard de l'aliéné, après sa sortie définitive, à dater de la signification qui lui en a été faite ou de la connaissance qu'il en a eue; et, à l'égard de ses

héritiers, à dater de la signification qui leur en a été faite ou de la connaissance qu'ils en ont eue depuis sa mort.

Lorsque les dix ans ont commencé à courir contre lui, ils continuent de courir contre les héritiers.

ART. 66.

Le ministère public est entendu dans toutes les affaires qui intéresseront les personnes placées dans un établissement d'aliénés, lors même qu'elles ne seraient pas interdites.

Les décisions ou jugements de la chambre du conseil rendues en vertu de la présente loi ne sont pas susceptibles d'appel.

TITRE III

Pénalités

ART. 67.

Les contraventions aux dispositions des articles 7, 8, 16 19, 20, 23, 24, 25, 26, 28, 35, 36, 37, 49, et du dernier paragraphe de l'article 50 de la présente loi et aux règlements rendus en vertu de l'article 9, qui sont commises par des chefs responsables des établissements publics ou privés d'aliénés, et par les médecins employés dans ces établissements, sont punies d'un emprisonnement de cinq jours à un an, et d'une amende de 50 à 3,000 francs ou de l'une de ces peines seulement.

Les directeurs ou chefs responsables des asiles privés faisant fonction d'asiles publics sont passibles des peines portées ci-dessus, non seulement pour les contraventions prévues par cet article, mais en outre pour la non-exécution des clauses des règlements d'administration publique mentionnés par l'article 9.

ART. 68 (nouveau).

Tout individu employé dans un établissement public ou privé d'aliénés qui, volontairement, s'est rendu coupable

de sévices ou voies de fait sur la personne d'un malade, est puni d'un emprisonnement de 5 jours à trois mois et d'une amende de 46 à 200 francs ou de l'une de ces deux peines seulement.

Tout gardien ou infirmier qui, par négligence ou inobservation des règlements, a compromis la santé ou la vie d'un malade confié à ses soins, est puni d'une amende de 46 à 100 francs.

Le tout sans préjudice de l'application, s'il y a lieu, des peines édictées dans les articles 309, 314, 319 et 320 du Code pénal.

ART. 69 (*nouveau*).

Tout attentat à la pudeur consommé ou tenté sans violence sur la personne d'un aliéné ou idiot de l'un ou de l'autre sexe et avec connaissance de l'état d'aliénation ou d'idiotie de cette personne, est punie de la réclusion.

ART. 70.

Dans les cas prévus aux articles 67, 68 et 69 ci-dessus, il peut être fait application de l'article 463 du Code pénal.

TITRE IV

Dispositions générales et transitoires

ART. 71.

La loi du 30 1838 juin est abrogée; toutefois, celles de ses dispositions visées par l'ordonnance du 18 décembre 1839 qui ne sont pas contraires à la présente loi, restent en vigueur jusqu'à la promulgation des règlements d'administration publique mentionnés à l'article 9, qui seront rendus pour l'exécution de la présente loi.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 31 MARS 1884

Présidence de M. FOVILLE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de remerciements adressée par M. Rey, nommé membre correspondant.

2° Une lettre de M. Camille Fochi, directeur de l'asile d'aliénés de Colorno (Etat de Parme), qui sollicite l'honneur d'être nommé membre associé étranger de la Société médico-psychologique. A cette lettre se trouvent joints les trois ouvrages suivants de l'auteur : *La Colonia agricola nel manicomio de Colorado*; *Una paraplegia e anestesia isterica curata colla metalloterapica*; *Due casi de pazzia guariti per emorragica*.

Une commission composée de MM. Moreau de (Tours), Charpentier, Motet, rapporteur, est nommée pour examiner les titres et travaux du candidat.

M. FALRET dépose sur le bureau deux volumes intitulés : *Etudes médicales*, par le professeur Lasègue.

M. LEGRAND DU SAULLE propose que la Société adresse une lettre de remerciements à M^{me} Lasègue.

M. BILLOD. — J'ai l'honneur de faire hommage à la Société médico-psychologique du livre que je viens de publier sous le titre : *Les aliénés en Italie; établissements qui leur sont consacrés, organisation de l'enseignement des maladies mentales et nerveuses*.

Compte rendu d'une mission scientifique dont j'avais été chargé par le ministre de l'instruction publique, cette étude sur le service des aliénés en Italie n'est peut-être pas sans intérêt au moment où la question des aliénés est

en quelque sorte à l'ordre du jour en France. Je suis, d'ailleurs, pour ce qui me concerne, de l'avis de ceux qui pensent que, c'est par l'étude de ce qui se fait à l'étranger que nous avons le plus de chances de marcher dans la voie du progrès, soit que nous empruntions à nos voisins ce qu'ils ont de meilleur, soit qu'en voyant les erreurs qu'ils ont commises ou qu'ils commettent, nous évitions de les imiter, soit encore qu'en constatant, comme je l'ai fait, les progrès qu'ils ont réalisés, nous ayons à cœur de prouver que nous ne sommes pas restés en arrière d'eux.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la mort de M. Hubert Valleroux, décédé à Paris le 24 mars dernier, âgé de soixante-quinze ans; un des membres fondateurs de la Société médico-psychologique, en 1852, il s'était retiré volontairement en 1860.

Érection d'une statue à Guislain.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, dans une de nos précédentes séances, vous avez entendu la lecture d'une lettre par laquelle M. le Dr Ingels, membre associé étranger, médecin en chef de l'hôpital Guislain, à Gand, et secrétaire général de la Société belge de médecine mentale, annonçait que cette société avait résolu d'élever une statue à Guislain, et sollicitait à cet effet le concours de la *Société médico-psychologique* de Paris.

Votre conseil de famille, Messieurs, s'est préoccupé de la suite à donner à la demande de nos confrères belges. Il a pensé que, partout où il s'agissait d'honorer la mémoire d'un homme dévoué à l'étude des maladies mentales et à l'amélioration du sort des aliénés, la place de la *Société médico-psychologique* de Paris était marquée. Il a pensé, en outre, qu'il était d'autant plus à propos de répondre à l'appel de notre collègue, M. le Dr Ingels, que celui-ci, sans aucune invitation de notre part, avait tenu à donner un témoignage spontané de la communauté d'idées et de sympathies qui l'unit à nous, en s'inscrivant, l'année dernière, à la fois sur nos deux listes de souscription, celle de la statue de Pinel et celle du buste de Marchant.

Votre conseil de famille a donc l'honneur, Messieurs, de vous proposer de souscrire pour la statue de Guislain. Convaincu, d'ailleurs, que la participation de la Société médico-

psychologique de Paris aurait d'autant plus de mérite, aux yeux de nos confrères belges, qu'elle réunirait le plus grand nombre possible de noms, il vous propose, comme cela a eu lieu dans une autre circonstance, de fixer les cotisations individuelles au chiffre uniforme de 5 francs, ce qui n'empêcherait nullement ceux qui seraient disposés à souscrire pour une somme plus forte, de donner cours à leur libéralité sous le couvert de l'anonyme.

La proposition de M. le Président est adoptée.

Rapport de candidature.

M. MAGNAN donne lecture d'un rapport sur la candidature de M. Magalhaes Lemos, médecin de l'asile d'aliénés d'Oporto (Portugal), au titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées, et M. Magalhaes Lemos est nommé associé étranger à l'unanimité des membres présents..

De la présence des bactéries dans le sang des malades atteints de délire aigu (suite).

M. MARCEL BRIAND. — Je n'assistais pas au commencement de la dernière séance, au moment où M. Aug. Voisin, s'élevant contre mes conclusions formulées à la suite de quelques recherches sur le *délire aigu*, faisait ses réserves au sujet des altérations du sang observées à une certaine phase de cette grave affection, et je n'ai pu par conséquent répondre à l'objection qui m'était faite.

M. Voisin m'opposait l'histoire pathologique d'une femme morte avec des eschares, et dont le sang contenait des bactéries. Ce fait n'infirme, je crois, en rien les conclusions de mes recherches dont il a été parlé ici, à l'occasion de ma candidature; je n'ai jamais, en effet, pensé à démontrer que le délire aigu fût la seule maladie présentant des caractères infectieux. Bien au contraire, c'est l'analogie de certains symptômes de cette affection avec ceux d'une maladie infectieuse au premier chef, la fièvre typhoïde, qui m'a conduit à rechercher si le liquide sanguin n'était pas altéré dans le délire aigu comme il l'est dans la fièvre typhoïde.

Dans ma thèse, j'avais déjà essayé d'établir que le délire aigu, tout en se manifestant d'abord par les troubles intel-

lectuels ordinaires de la manie simple, ne tardait pas à se transformer en une affection générale. L'examen microscopique du sang ne m'avait encore accusé à cette époque qu'une notable diminution dans le nombre des globules, mais la marche des accidents ultérieurs me fit bientôt penser que la gravité de la maladie tenait à des altérations plus profondes.

Depuis, il m'a été donné de suivre, dans le service de mon excellent maître, M. Magnan, quelques autres cas de délire aigu; mais n'étant pas suffisamment outillé pour apporter à ces recherches toute la rigueur nécessaire aux méthodes délicates que je me proposais de suivre, j'ai dû me limiter.

Plus tard seulement, grâce à l'obligeance de M. Quinquaud, qui a bien voulu mettre son laboratoire à ma disposition et m'éclairer de ses conseils, j'ai pu constater que certaines formes de délire aigu s'accompagnaient d'altérations du sang, portant sur la quantité et la qualité des globules qui diminuent de nombre, perdent de leur hémoglobine et deviennent moins résistants à l'action dissolvante de l'eau.

J'ai constaté aussi que, pendant la période de collapsus, il se produisait des organismes qui, trouvant à ce moment un terrain favorable, se multiplient en abondance.

Les organismes le plus fréquemment rencontrés et dont M. Malassez a eu l'obligeance de déterminer les espèces sont les zoogloées ou amas de corpuscules arrondis réunis par un enduit gélatineux de substance amorphe; le *bacterium thermo-bâtonnet*, renflé à ses extrémités et tournant constamment sur lui-même dans le liquide de culture; les bacilli, bâtonnets très minces et effilés; et enfin un corpuscule punctiforme, visible seulement en employant certains artifices d'éclairage et de coloration et qui s'associe souvent en colonies de trois ou quatre sous forme de chapelets.

Ces organismes se montrent avant l'apparition des eschares qui ne peuvent donc être invoquées pour expliquer leur production dans le délire aigu.

Méthode graphique appliquée à l'étude de la folie à double forme.

M. MORET. — J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de M. le Dr Régis, membre correspondant, une série de dessins qui ne sont qu'une application très originale de

la méthode graphique à l'étude clinique de la folie, et particulièrement de la folie à double forme.

M. Régis a pensé, avec beaucoup d'à propos, selon moi, que si les explications restent parfois confuses sur les caractères cliniques, sur la marche des accès de folie à double forme, elles deviennent d'une clarté saisissante si on reproduit sous forme de tracés ces caractères et cette marche. Les divers types d'évolution de la maladie se dégagent, et l'on peut reproduire fidèlement toutes les combinaisons possibles, quelles qu'elles soient.

Sur le tableau que j'ai l'honneur de vous présenter, vous trouverez une division en colonnes longitudinales dont chacune correspond à une semaine de temps.

Il est donc possible d'embrasser ainsi une ou plusieurs années. Une ligne horizontale A. B, coupant le tableau en deux, représente l'état normal ou physiologique. Au-dessus et au-dessous s'étagent, d'après leur degré d'intensité, les diverses variétés de manie et de mélancolie. Dans un pareil tableau il est donc facile de faire ressortir tout ce qui a trait aux caractères cliniques de la folie à double forme, et d'étudier : 1° la constitution des accès ; 2° la manière dont ils se succèdent, s'enchaînent, pour donner à l'affection son type si remarquable d'évolution.

La figure 1 représente les formes cliniques qui peuvent constituer les deux périodes de l'accès. Le plus ordinairement, l'accès est constitué par la succession d'une période d'excitation maniaque (ou manie intellectuelle) et d'une période de dépression mélancolique (ou mélancolie subaiguë), sans conceptions délirantes bien marquées (fig. 1, tracé 1). En dehors de ce mode d'évolution, toutes les combinaisons sont possibles. Ainsi, l'accès peut être constitué par une période d'excitation maniaque et une période de mélancolie avec stupeur (fig. 1, tracé 2), ou par une période de manie aiguë et une autre de dépression mélancolique (tracé 3), etc. ; toutes les combinaisons peuvent être aisément représentées sur le tableau.

La figure 2 montre les trois modes habituels de passage d'une période à l'autre dans le cours d'un accès. Si nous supposons que l'accès débute par la période d'excitation, et ce pourrait tout aussi bien être la période de dépression qui ouvre la scène, nous verrons que les deux périodes sont directement consécutives l'une à l'autre, et que l'opi-

nion de M. Baillarger qu'il n'existe pas d'intermission entre ses deux stades, semble plus vraie que celle de Falret père. Le malade traverse, sans s'arrêter, l'état normal pour tomber de l'excitation dans la dépression. C'est ce que représente très exactement la figure 2. On admet généralement aujourd'hui trois modes de passage d'une période à l'autre (V. Ritti, ouvr. couronné par l'Académie de médecine.) : 1° le passage par transition insensible (fig. 2, tracé 1); 2° le passage brusque et immédiat, dans lequel le malade maniaque la veille, se trouve mélancolique le lendemain (tracé n° 2); 3° le passage par oscillations graduées de Jules Falret, dans lequel le malade, avant de tomber de l'excitation dans la dépression, oscille plus ou moins longtemps entre l'une et l'autre période (tracé n° 3).

Quant aux divers types d'évolution de la maladie, il n'est pas moins facile de les figurer. On en admet généralement deux : 1° celui dans lequel les accès sont séparés par des intermissions plus ou moins longues (folie à double forme, à accès séparés ou intermittents (fig. 3); 2° celui dans lequel les accès se suivent sans interruption (folie à double forme, continue, ou folie circulaire proprement dite (fig. 4).

M. Régis pense que ce procédé n'est pas seulement applicable à la folie à double forme, mais à toutes les manies ou mélancolies chroniques, continues, intermittentes ou rémittentes. Il va même plus loin, et sur ce point nous ne saurions assez l'encourager à poursuivre ses recherches : il se demande si l'on ne pourra pas trouver un jour les éléments d'un pronostic souvent bien difficile à établir, dans l'examen des tracés au cours d'un accès de manie ou de mélancolie. En comparant les tableaux d'un accès de manie aiguë franche avec ceux d'un autre accès de manie aiguë au début, mais présentant, dans son cours, des tracés différents, il lui semble possible d'arriver à déterminer le pronostic par la marche même de la maladie. Nous ne savons pas si le procédé donnera tout ce que M. Régis paraît en attendre ; combien de fois les événements ne viennent-ils pas déjouer les prévisions des plus expérimentés ? Combien de fois des guérisons un peu tardives ne sont-elles pas venues tromper le médecin qui commençait à douter d'elles ? Ce que la clinique, avec une observation attentive ne donne pas toujours, l'étude des tracés le

donnera-t-elle plus tôt et plus sûrement ? Nous ne le savons pas encore. Mais ce que nous savons bien, c'est que toute recherche conduite avec un esprit scientifique est bonne en soi, et dût-elle ne pas apporter toutes les certitudes sur lesquelles on avait cru pouvoir compter, elle ne saurait rester stérile. A ce titre, Messieurs, la communication que M. Régis m'a chargé de vous faire, valait de vous être présentée. Elle est le témoignage d'une initiative intelligente à laquelle nous ne saurions trop applaudir chez nos jeunes collègues.

M. FOVILLE. — J'ai essayé, il y a longtemps, de faire des graphiques pour la paralysie générale, mais je regrette de n'être pas arrivé à un résultat satisfaisant.

Du poids de l'encéphale, du cervelet, du bulbe, de la protubérance, des hémisphères et des membranes.

M. PH. REY. — Les matériaux qui ont servi à ces recherches sont ceux que Broca avait recueillis dans les hospices de Bicêtre, de la Salpêtrière et dans les hôpitaux de Saint-Antoine et de la Pitié. Le précieux registre que M. Topinard, secrétaire général de la Société d'anthropologie, m'a fait l'honneur de me confier contient 432 cas, avec le poids de l'encéphale et de chacune de ses parties, ainsi que l'âge et la taille des sujets. Après quelques éliminations qui m'ont paru nécessaires, pour avoir partout le même nombre de pesées, j'ai eu un total de 410 cas, dont 273 hommes et 137 femmes, qui se divisent de la manière suivante :

	Bicêtre.	Saint-Antoine.	Pitié.
Hommes	94 cas	84 cas	98 cas
	Salpêtrière.		
Femmes	76	44	47

M. Topinard, dans un mémoire publié dans la *Revue d'anthropologie* (2^e série t. V.), s'est spécialement occupé du poids de l'encéphale total, d'après ces mêmes matériaux.

Cependant, nous devons donner le résultat de nos recherches sur le même sujet. Il nous serait, en effet, difficile et même impossible d'étudier le cervelet, le bulbe et la protubérance sans comparer ces différentes parties à

l'encéphale total, et d'un autre côté, les éliminations que nous avons faites ont nécessairement amené des chiffres un peu différents de ceux qui ont été déjà publiés. Ajoutons encore que cette communication n'ayant pour objet que de faire connaître quelques résultats principaux, nous n'entrerons pas dans le détail des nombreux tableaux que nous avons dressés pour cette étude; il nous suffira d'en extraire quelques chiffres.

Poids de l'encéphale. — Voici les moyennes fournies par les différents hôpitaux et hospices, sans tenir compte de l'âge et de la taille des sujets.

Hommes.	Bicêtre.	Saint-Antoine.	Pitié.
Nombre de cas. . . .	91	84	98
Poids de l'encéphale.	4280,69	4358,23	4357,82
Femmes.	Salpêtrière.	Saint-Antoine et Pitié.	
Nombre de cas. . . .	76	64	
Poids de l'encéphale.	4445,42	4178,90	

On voit que le nombre des cas, dans chaque liste, diffère peu, les moyennes sont donc parfaitement comparables.

La distinction entre les différents hospices et hôpitaux est importante. Bicêtre et la Salpêtrière sont des établissements où l'on reçoit un plus grand nombre de vieillards; de là l'infériorité du poids de l'encéphale. On voit, en effet, que l'écart est constamment à l'avantage des hôpitaux. Chez les hommes, cet écart est 77,43. Il est un peu moindre chez les femmes, de 63,47. La différence sexuelle, toujours au profit du sexe masculin, est un peu moindre entre les deux hospices où elle est de 165,37, tandis qu'elle est de 478,90 entre les hôpitaux.

Cervelet. — Les deux hôpitaux de Saint-Antoine et Pitié nous donnent sensiblement les mêmes moyennes; il n'y aura donc aucun inconvénient à les réunir.

Hommes.	Bicêtre.	Saint-Antoine et Pitié.
Nombre de cas. . . .	91	182
Poids moyen. . . .	438,45	443,93
Femmes.	Salpêtrière.	Saint-Antoine et Pitié.
Nombre de cas. . . .	76	64
Poids moyen. . . .	421,04	430,69

Chez les hommes, l'écart n'est que de 5,48. Contrairement à ce que nous avons vu pour le cerveau, l'écart est plus grand chez les femmes = 9,65. La différence sexuelle est encore au profit du sexe masculin; mais ici, cette différence est plus sensible entre les deux hospices 47,41, qu'entre les listes des hôpitaux où elle est de 13,34.

Rapport centésimal du cervelet à l'encéphale et aux hémisphères. — Chez les hommes, ce rapport est plus fort pour Bicêtre que pour les hôpitaux. Chez les femmes, il est au contraire plus faible à la Salpêtrière.

	HOMMES.		FEMMES.	
	Bicêtre.	Saint-Antoine et Pitié.	Salpêtrière.	Saint-Antoine et Pitié.
Cervelet	40,84	40,60	40,85	41,08

On voit en outre que le rapport est plus élevé chez les femmes, surtout dans la liste des hôpitaux. Ces mêmes remarques s'appliquent au rapport du cervelet aux hémisphères seuls.

Bulbe. — Chez les hommes, le poids moyen du bulbe est plus fort à Bicêtre. Chez les femmes, il est au contraire plus faible à la Salpêtrière. Aussi l'écart entre les deux sexes, toujours au profit du sexe masculin, est-il plus fort entre les deux hospices = 4,22, il n'est que de 0,37 entre les hôpitaux.

	HOMMES.		FEMMES.	
	Bicêtre.	St-Antoine et Pitié.	Salpêtrière.	Saint-Antoine et Pitié.
Poids moyen . . .	7,42	6,68	5,94	6,34
Rapport centésimal à l'encéphale.	0,55	0,49	0,52	0,53
id. au cervelet . .	5,44	4,63	4,87	4,82

Il y a à remarquer, au sujet du rapport centésimal du bulbe à l'encéphale, la faible différence qu'il présente entre les deux listes, chez les femmes. Il semble que chez elles, les variations de cet organe sont moins sensibles que chez les hommes.

Protubérance. — Le poids de la protubérance donne lieu à des remarques analogues aux précédentes, ainsi qu'on peut le voir par les chiffres suivants :

	Bicêtre.	Saint-Antoine et Pitié.	Salpêtrière.	Saint-Antoine et Pitié.
Poids moyen . .	20,84	49,45	47,43	48,04
Rapport centésimal à l'encéphale.	4,62	4,44	4,53	4,52
Id. au cervelet . .	45,03	43,43	44,45	43,78

Quant aux membranes et à la sérosité, nous nous bornons à donner les moyennes générales.

	Bicêtre.	St-Antoine et Pitié.	Salpêtrière.	St-Antoine et Pitié.
Nombre de cas. .	94	182	76	64
Poids moyen . . .	58,93	50,42	53,81	44,43

En prenant séparément, dans chaque liste, la moyenne des poids les plus forts et des poids les plus faibles, nous obtenons les chiffres suivants :

HOMMES.

	Bicêtre.		Saint-Antoine et Pitié.	
	Maximum.	Minimum.	Maximum.	Minimum.
Nombre de cas.	46	45	94	88
Encéphale . . .	4407,68	4188,27	4452	4278,76
Cervelet	449	430,88	450,28	436,30
Bulbe.	7,45	7,20	6,95	6,45
Protubérance . .	22,54	49,55	49,97	48,63
Hémisphères. . .	4228,68	4034,28	4273,19	4107,28
Membranes et sérosité . . .	60,97	56,4	53,07	47,56

FEMMES.

	FEMMES.		Saint-Antoine et Pitié.	
	Salpêtrière.			
Nombre de cas.	37	39	31	30
Encéphale . . .	4240,28	4054,2	4260,06	4104,86
Cervelet	435,20	414,5	438,7	423,2
Bulbe.	6,5	5,5	6,6	6,03
Protubérance. .	49,02	46,2	49,4	47
Hémisphères. .	4077,77	947,7	4093,3	955,5
Membranes et sérosité . . .	52,60	50,28	44,53	40,23

On voit que l'augmentation ou la diminution du poids moyen de l'encéphale entraîne les variations correspondantes dans les poids moyens du cervelet, du bulbe, de la

protubérance et des hémisphères. On voit aussi que, pour l'encéphale, la différence entre les poids moyens maximums et minimums est plus forte chez les hommes. Elle est aussi plus forte pour les hospices que pour les hôpitaux, et, cela, dans les deux sexes. Pour le cervelet, l'écart entre les maximums et les minimums est au contraire plus fort chez les femmes. La différence sexuelle, qui est toujours au profit du sexe masculin, est plus forte entre les maximums. L'écart le plus faible est fourni par les hospices et surtout par leurs poids moyens minimums.

Le rapport centésimal du cervelet, du bulbe, de la protubérance à l'encéphale et aux hémisphères donne lieu à des remarques intéressantes. Il en est de même du rapport centésimal du bulbe et de la protubérance au cervelet, comme on peut le voir par le tableau suivant ;

	HOMMES			
	Bicêtre.		Saint-Antoine et Pitié.	
	Maximum. 46	Minimum. 45	Maximum. 94	Minimum. 88
Nombre de cas.				
Encéphale = 400				
Cervelet	40.58	41.04	40.34	40.63
Bulbe	0.53	0.60	0.57	0.50
Protubérance . .	4.69	4.64	4.37	4.45
Cervelet = 400				
Bulbe	5	5.50	4.62	4.73
Protubérance . .	45.42	44.89	43.26	43.66
Hémisphères = 400				
Cervelet	42.42	42.68	41.80	42.30
Bulbe	0.60	0.69	0.54	0.58
Protubérance . .	4.83	4.89	4.51	4.68
	FEMMES			
	Salpêtrière.		St-Antoine et Pitié.	
	Maximum. 37	Minimum. 39	Maximum. 34	Minimum. 30
Nombre de cas				
Encéphale = 400				
Cervelet	40.90	40.86	41.00	44.48
Bulbe	0.52	0.52	0.52	0.54
Protubérance	4.53	4.53	4.54	4.50
Cervelet = 400				
Bulbe	4.84	4.84	4.77	4.89
Protubérance	44.06	44.44	43.78	43.70
Hémisphères = 400				
Cervelet	42.54	42.47	42.70	42.89
Bulbe	0.60	0.60	0.60	0.64
Protubérance	4.76	4.76	4.75	4.77

Cervelet. — Pour le cervelet, chez les hommes, il est plus élevé dans la série des minimums; la différence est surtout sensible entre les deux séries de Bicêtre. Chez les femmes, la différence est peu sensible pour les hôpitaux et à la Salpêtrière, le rapport centésimal suit les mêmes variations que le poids absolu. Il semble donc que chez elles, la perte de poids de l'encéphale entraîne une perte de poids du cervelet beaucoup plus sensible que chez l'homme.

Bulbe. — Le rapport centésimal à l'encéphale, aux hémisphères et au cervelet, est plus faible dans la série maximum; l'écart en est plus sensible à Bicêtre. Chez les femmes on note les mêmes variations dans la série des hôpitaux, mais l'écart y est très faible; enfin, à la Salpêtrière, le rapport est le même pour les deux séries maximum et minimum.

Mêmes remarques pour la protubérance.

La sériation par poids de l'encéphale de 400 en 400 grammes, avec le poids absolu et le poids relatif du cervelet, du bulbe et de la protubérance, dans chaque série, donne des chiffres qui sont l'entière confirmation des résultats précédents.

Nous avons ensuite cherché quelle était l'influence de l'âge et de la taille sur le poids de l'encéphale et de ces différentes parties composantes.

Age. — Pour chaque sexe, et dans chacune de nos listes, nous avons formé des séries comprenant des périodes de cinq en cinq ans, et ensuite de dix en dix ans. Il ne sera question que de ces dernières, dont les résultats sont plus nets.

Chez les hommes, tant à Bicêtre qu'à Saint-Antoine et Pitié, le poids maximum de l'encéphale se trouve dans la période de vingt-cinq et trente-cinq ans (Bicêtre = 4429, Saint-Antoine et Pitié = 4449). Il diminue dans les périodes suivantes sans présenter de période stationnaire.

L'écart entre les chiffres extrêmes est pour Bicêtre de 308,65, et seulement de 175,48 pour leur deux hôpitaux réunis.

Pour les femmes, le maximum du poids de l'encéphale est encore à la Salpêtrière, dans la série de 25 à 35 ans = 4230. Il est dans la période de 45 à 55 pour les deux hô-

pitaux de Saint-Antoine et Pitié réunis = 4254. Il suit la même marche descendante dans les périodes suivantes. L'écart entre les chiffres extrêmes est pour la Salpêtrière de 444,44 et de 464,73 pour les hôpitaux.

Cervelet. — Nous examinerons parallèlement le poids absolu et le poids relatif dans l'ordre présenté par les tableaux suivants :

HOMMES-BICÊTRE

Age.	Nombre de cas.	Poids relatif. Enceph. = 100					
		Protubé- rance.			Cervelet.		
		Bulbe.	Cervelet.	Bulbe.	Prot.	Cervelet.	Bulbe.
15 à 25 ans.	4	449.7	6.7	20	40.90	0.48	4.45
25 à 35	3	459.0	6.6	23.6	44.42	0.46	4.65
35 à 45	7	440.7	7.4	22.4	40.54	0.53	4.67
45 à 55	8	444.4	7.8	24.2	40.57	0.58	4.59
55 à 65	21	440.5	7.6	24.8	40.76	0.58	4.67
65 à 75	24	433.2	6.7	49.4	40.66	0.54	4.53
75 à 85	17	436	6.8	20.4	44.35	0.57	4.67
85 et au-dessus.	4	446.7	7	21.7	44.49	0.62	4.72

HOMMES — SAINT-ANTOINE et PITIÉ

15 à 25 ans.	24	444.9	6.7	49	40.64	0.49	4.32
25 à 35	37	448.6	6.4	49.3	40.48	0.47	4.37
35 à 45	42	445.4	6.5	49.8	40.54	0.54	4.43
45 à 55	26	440.4	6.8	48.6	40.60	0.51	4.40
55 à 65	36	442.8	6.8	49.7	40.75	0.52	4.44
65 à 75	42	438.3	6.7	48.7	44.05	0.53	4.49
75 et au-dessus.	4	434.7	6.2	49	40.60	0.50	4.52

A Bicêtre, le poids absolu maximum du cervelet est atteint de vingt-cinq à trente-cinq ans = 459. Il s'abaisse dans la période suivante et il reste à peu près stationnaire jusqu'à la période de cinquante-cinq à soixante-cinq ans. Le poids le plus faible correspond à la période de soixante-cinq à soixante-quinze ans. Le rapport centésimal à l'encéphale, tant à Bicêtre que dans les hôpitaux, s'élève de vingt à trente-cinq ans comme le poids absolu, et comme lui il s'abaisse dans la période suivante. Mais plus tard, il suit un ordre inverse, c'est-à-dire qu'il s'élève alors que le poids absolu de l'encéphale diminue. Il semble, par là, que le poids du cervelet augmente d'abord, et qu'après avoir

atteint son maximum, il diminue d'une manière peu sensible ou même reste à peu près stationnaire.

FEMMES — SALPÊTRIÈRE.

Age.	Nombre de	Poids rel. Encéph. = 100			
		cas.	Cervelet.	Bulbe. Protubé- rance.	Cervelet.Bulbe. Prot.
25 à 35 ans.	2	450	6.5	49	42.49 0.52 4.54
35 à 45	2	429.5	6.5	49	42.34 0.62 4.81
45 à 55	6	428.5	5.6	45.5	41.0 0.48 4.35
55 à 65	6	424.6	6.6	47.5	40.97 0.56 4.50
65 à 75	22	421.45	5.8	47.3	40.81 0.52 4.54
75 à 85	27	418.7	5.9	47.4	40.81 0.53 4.55
85 à 95	41	410.4	5.7	46.6	40.44 0.52 4.52

FEMMES — SAINT-ANTOINE ET PITIÉ.

45 à 25 ans.	6	436.3	6.3	47.8	40.85	0.50	4.41
25 à 35	40	439.5	6.7	49.4	41.48	0.55	4.57
35 à 45	9	433.6	6.2	48.4	41.04	0.51	4.49
45 à 55	8	424.4	5.6	48.3	40.59	0.51	4.58
55 à 65	8	432.5	6.8	48.2	40.84	0.56	4.49
65 à 75	43	425.9	6.4	47.2	41.30	0.55	4.54
75 à 85	7	423.6	5.8	47.2	41.23	0.53	4.56

Chez les femmes, l'examen des séries par âge, donne lieu à quelques remarques. A la Salpêtrière, le cervelet atteint son poids maximum dans la période de 25 à 35 ans = 150; il diminue dans les périodes suivantes. Le rapport centésimal à l'encéphale est plus élevé aussi dans la période de 25 à 35 ans; mais, dans les périodes suivantes, il s'abaisse avec le poids absolu. A St-Antoine et Pitié, le poids maximum du cervelet est de 25 à 35 ans, = 139, c'est-à-dire un peu plus tard que le poids maximum de l'encéphale de cette même catégorie de sujets. Il augmente jusqu'à cette période et cette augmentation est également indiquée par le rapport centésimal. Le même rapport indique un état stationnaire dans les périodes suivantes et une légère déperdition de poids de 45 à 65 ans.

Pour le bulbe et la protubérance, les chiffres oscillent de telle manière qu'il est impossible de saisir une influence quelconque de l'âge sur les variations du poids de ces organes.

Taille. — Les séries par tailles donnent quelques résultats intéressants.

HOMMES — BICÊTRE.

Taille.	Nombre de cas.	Poids relatif. Encéph.=100			
		Cervelet.	Bulbe.	Protub.	Cervelet. Bulbe. Prot.
1.45 à 1.50	2	431	9	22.5	40.7 0.73 4.84
1.50 à 1.55	4	434	6.2	47.7	41.5 0.53 4.52
1.55 à 1.60	45	436.4	7.7	24.4	40.6 0.60 4.67
1.60 à 1.65	24	436.7	6.8	49.3	44 0.55 4.56
1.65 à 1.70	24	440.3	7.2	21.5	40.9 0.56 4.67
1.70 à 1.75	44	444.5	7.9	49.4	40.3 0.50 4.39
1.75 à 1.80	2	438	8	22.4	40.3 0.59 4.68
1.80 à 1.85	4	442	6	49	40.7 0.49 4.54

HOMMES — SAINT-ANTOINE ET PITIÉ.

1.50 à 1.55	2	447	6	45.5	9.9	0.50	4.34
1.55 à 1.60	22	441.6	6.64	49.9	40.4	0.49	4.44
1.60 à 1.65	34	439.9	6.68	48.9	40.5	0.50	4.44
1.65 à 1.70	56	444.2	6.73	49.2	40.4	0.50	4.43
1.70 à 1.75	54	447	6.75	49.3	40.5	0.48	4.39
1.75 à 1.80	9	449.6	7.31	49.6	40.4	0.54	4.37
1.80 à 1.85	3	450.3	7	48.3	44.3	0.52	4.38

Encéphale. — Chez les hommes, à Bicêtre, le total de l'encéphale a son minimum chez les sujets de 1^m45 à 1^m55 = 4483,33 ; le maximum = 4339,75 est atteint par les sujets de 1 m. 65 à 1 m. 75. Le poids décroît dans la période suivante de 1 m. 75 à 1 m. 85. La différence entre les deux chiffres extrêmes est de 457,42.

A Saint-Antoine et Pitié, le poids maximum correspond à la période de 1 m. 75 à 1 m. 85 = 4376,66, et le minimum = 4176,5, à celle de 1 m. 50 à 1 m. 55. L'écart est de 202,16. On voit que l'encéphale atteint ici son poids maximum un peu plus tard, et que la différence entre les deux extrêmes est plus grande dans les listes des hôpitaux que dans celle de Bicêtre.

Cervelet. — Le cerveleta son poids minimum = 434 dans la période de 1 m. 45 à 1 m. 50, et son maximum = 444,5, de 1 m. 70 à 1 m. 75. Entre ces deux extrêmes, le poids du cervelet s'élève assez régulièrement pour diminuer ensuite dans les deux séries suivantes.

A Saint-Antoine et Pitié, le poids maximum = 450,3 correspond à la taille la plus élevée de 1 m. 80 à 1 m. 85 ; le poids minimum 447, correspond à la période, de 1 m. 50 à 1 m. 55. — La progression ascendante assez régulière entre ces

chiffres extrêmes, indique que le cervelet croît avec la taille. Quant au rapport du cervelet à l'encéphale, il indique une augmentation de poids du cervelet jusqu'à la période de 4 m. 55 à 4 m. 65, à partir de laquelle il traduit un état stationnaire.

FEMMES — SALPÊTRIÈRE

Taille.	Nombre de cas.	Poids relatif. Encéph. = 100					
		Cervelet.	Bulbe.	Prot.	Cervelet.	Bulbe.	Protub.
1.40 à 1.45	5	410.2	4.6	46.4	40.30	0.43	4.54
1.45 à 1.50	46	417.4	5.8	46.6	41	0.54	4.50
1.50 à 1.55	47	420.5	6	48.6	40.74	0.53	4.54
1.55 à 1.60	44	424.4	6	46.4	40.90	0.53	4.47
1.60 à 1.65	42	424.3	6	47.5	40.80	0.52	4.52
1.65 à 1.70	4	428.5	6.5	48.7	40.56	0.53	4.54
1.70 à 1.75	2	448	5.5	47	41.68	0.54	4.66

FEMMES — SAINT-ANTOINE ET PITIÉ.

1.40 à 1.45	3	414	5.3	47.6	40.88	0.50	4.68
1.45 à 1.50	9	423.4	6.4	47.4	40.73	0.55	4.48
1.50 à 1.55	40	426.6	6.4	47.5	41.06	0.53	4.53
1.55 à 1.60	20	434.2	6.45	48.4	41.49	0.53	4.53
1.60 à 1.65	45	435.8	6.44	48.4	41.41	0.52	4.48
1.65 à 1.70	2	426	6	48	41.59	0.55	4.65
1.70 à 1.75	4	440	6	21	40.93	0.46	4.64

Pour les femmes, nous trouvons à peu près les mêmes remarques à faire, d'après les chiffres de nos tableaux. Chez elles, le résultat le plus net est encore fourni par les séries de la Salpêtrière. Nous avons, en effet, noté déjà, que chez les femmes de cette catégorie, le cervelet perdait plus sensiblement de son poids que chez les hommes. Or, dans les séries par taille, nous ne trouvons plus cette même particularité. Le rapport centésimal à l'encéphale accuse de fréquentes variations, mais l'écart entre les chiffres des différentes séries est toujours très faible. Il semblerait, d'après cela, que la taille a peu d'influence sur le poids du cervelet.

Quant au bulbe et à la protubérance, les chiffres absolus et leur rapport à l'encéphale ne nous apprennent rien.

Malgré l'importance des matériaux que nous avons eus à notre disposition, nous ne saurions formuler des conclusions trop absolues. Il y a dans nos différents tableaux des séries certainement insuffisantes et qui peuvent amener des résultats en quelque sorte factices. Nous pensons cependant

que tous nos chiffres pourront être utilisés pour des recherches analogues, et c'est là le principal but de cette communication.

Des mesures proposées pour la surveillance et la protection des aliénés traités en dehors des établissements spéciaux, publics et privés (suite).

M. RITTI donne lecture, au nom de M. PARANT, d'un travail intitulé : « *De la séquestration des aliénés dans leurs familles.* » (Voir *Annales médico-psychologiques*, n° de mai 1884, p. 394.)

M. FOURNET. — Les casiers judiciaires et les archives médicales regorgent d'histoires : des privations de toutes sortes, des traitements inhumains, des séquestrations violentes, des sévices, que l'égoïsme et l'orgueil des parents infligent aux malheureux aliénés, dans le sein même des familles.

On vient de vous en citer de nouveaux exemples.

Cette question de l'état des aliénés dans l'intérieur de la famille peut être abordée par deux côtés différents : elle peut être envisagée au point de vue médico-légal, ou au point de vue moral.

Je ne me propose aujourd'hui, messieurs, que le point de vue moral, je veux faire contraste à des faits si fréquents et si déshonorants pour l'humanité, par un exemple qui fait honneur, à la fois, aux sentiments humains, à la morale la plus élevée, et au corps médical d'où il émane.

J'en ai été le témoin assidu, et je me fais un devoir, en vous le rapportant, de rendre hommage à la chère mémoire de l'homme que j'ai le plus vénéré, et qui a le plus honoré la médecine de nos temps, par sa haute position admirablement remplie, par sa dignité et son beau caractère.

M. Bourdois de la Motte était, au commencement de ce siècle, doyen de la faculté de médecine de Paris, médecin du roi de Rome et particulièrement honoré, recherché même pour ses sages conseils, par Napoléon I^{er}.

M. Bourdois de la Motte avait eu la douleur de voir la raison de sa femme, de sa chère compagne, s'affaiblir et s'évanouir dans une inconscience absolue.

Combien d'autres auraient éloigné d'eux ce spectacle affligeant pour l'orgueil humain, et auraient relégué leur

compagne déchuée dans une maison de santé, ou dans une portion solitaire et secrète de leur hôtel !

Bourdois de la Motte voulut que la compagne de ses grandeurs conservât jusqu'à sa mort, à sa table et dans ses salons, qu'elle avait animés de sa grâce et de son esprit, au milieu des convives et des visiteurs les plus illustres de son temps, la même place, le même rang où elle avait reçu tant d'hommages et de respects ; quoi qu'ils ne pussent plus, hélas ! s'adresser qu'à l'ombre d'elle-même.

Ce voisinage n'était pas sans quelques inconvénients ; mais tout ce monde de cour, de la cour la plus glorieuse et la plus vaniteuse qui fut peut-être jamais, se prêtait à ces inconvénients avec un profond respect pour le passé de la femme, plus profond encore pour le caractère si pur et si noble du mari.

J'ai senti souvent se dégager de ce spectacle, à la fois touchant et anoblissant, un parfum de haute morale.

C'est ce parfum, pieusement conservé, que je voudrais verser, comme correctif, dans l'air si souvent impur des familles où vivent des aliénés.

Non que je prétende que l'exemple présenté soit suivi partout et en tout ; mais il peut, au moins, raviver chez quelques cœurs honnêtes, le sens moral affaibli.

MM. CHRISTIAN, LUNIER, FALRET sont inscrits pour prendre la parole sur cette question à une prochaine séance.

La séance est levée à 6 heures.

CHARPENTIER.

SÉANCE SOLENNELLE DU 28 AVRIL 1884.

Présidence de M. FOVILLE

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Brunet, membre correspondant, et M. Kornilowics, médecin des hôpitaux de Varsovie, assistent à la séance. — Il invite M. Kornilowics à prendre place.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

Le dépouillement de la correspondance comprend :

1° Lettre de remerciement adressée par M. le Dr Magalhaes Lemos, nommé membre associé étranger.

2° Une lettre de remerciement du Dr Ingels.

M. MOTET présente, au nom de M. Lacour, membre correspondant, une notice biographique sur Arthaud, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon, médecin en chef honoraire de l'Asile de Bron.

Dans cette brochure, pieux hommage d'une amitié inaltérable, M. Lacour fait connaître la vie d'un savant, aussi laborieux que modeste, qui a trouvé dans l'estime de ses confrères sa plus douce récompense. Arthaud a passé sa vie au milieu des aliénés; il les aimait, il leur était absolument dévoué, et il n'a pas tenu à lui que des améliorations depuis longtemps réclamées n'aient pas été plus tôt réalisées. C'est à Arthaud, chargé par la Commission administrative des hospices de Lyon, de visiter les asiles d'aliénés de France et de l'étranger, que sont dus les plans primitifs du grand asile de Bron, où il fut le premier professeur de clinique des maladies mentales.

Rapport sur le prix Esquirol.

M. G. BALLET. — Messieurs, un seul mémoire a concouru, cette année, pour le prix Esquirol; il a pour titre : *Du délire hypocondriaque dans certaines formes d'aliénation mentale*. L'auteur s'est proposé de montrer qu'en dehors de la paralysie générale progressive, on rencontre le délire hypocondriaque, et que ce délire s'accompagne parfois d'un cortège de symptômes tel, qu'on pourrait à première vue penser avoir affaire à l'encéphalite interstitielle diffuse. Pour n'être pas absolument nouvelle, la question n'en était pas moins digne de fixer l'attention, et l'auteur a mis en relief un certain nombre de points intéressants, en appelant à son aide un assez grand nombre d'observations recueillies avec soin.

Il étudie le délire hypocondriaque successivement chez les malades atteints de débilité mentale, chez les héréditaires, dans le délire chronique, dans la paralysie générale, dans la démence consécutive à la névropathie et à la syphilis, dans les lésions cérébrales localisées. Ce groupe-

ment, qui en vaut bien un autre, constitue, à vrai dire, un ordre d'énumération beaucoup plus qu'une classification méthodique, et l'auteur, pensons-nous, l'a tenu pour tel.

Nous signalerons, à ce propos, dès le début, une critique qu'ont présentée quelques membres de la commission. Ils ont reproché à l'auteur d'avoir fait une catégorie à part des folies héréditaires, ce qui semblerait indiquer que l'hérédité n'a joué aucun rôle dans la genèse des troubles mentaux relatés chez les malades des autres groupes. L'hérédité n'est-elle pas au contraire le plus souvent à l'origine de la folie, sous quelque forme que celle-ci se présente ? et la nosographie permet-elle d'isoler nettement une classe de vésanies dont l'autonomie et l'indépendance est certainement moins accusée qu'on ne l'a dit, surtout depuis Morel ? Le reproche, si reproche il y a, n'est à la vérité point grave, et l'auteur nous excusera d'autant mieux de nous être de prime abord fait l'interprète des critiques de la commission, que nous n'aurons plus par la suite qu'à rapporter des éloges.

Le premier chapitre du mémoire, avons-nous dit, est consacré à l'étude du délire hypocondriaque chez les malades atteints de débilité mentale. Il ressort de ce chapitre qu'on peut, chez les malades en question, rencontrer certaines manifestations délirantes ayant la plus grande analogie avec les fausses conceptions de la paralysie générale, à cela près que celles-ci portent le cachet de la démence, c'est-à-dire de l'affaiblissement intellectuel acquis, tandis que celles-là portent les stigmates de la faiblesse intellectuelle congénitale. Les deux états morbides ont entre eux beaucoup de similitude, et pour éviter des erreurs de diagnostic, il est nécessaire, dans plus d'un cas, d'étudier avec grand soin l'état de la motilité et des diverses fonctions. — Chez les héréditaires, le délire hypocondriaque présente les mêmes caractères que dans les autres formes d'aliénation mentale. Par sa réunion à d'autres conceptions délirantes, il peut faire croire à une paralysie générale. Mais chez ces malades, à côté de l'incohérence on ne trouve aucun signe d'affaiblissement intellectuel ; de plus, il n'existe jamais de troubles de la motilité. — Chez les délirants chroniques, le délire hypocondriaque dépasse le plus souvent les bornes de toute vraisemblance et revêt le cachet de la niaiserie et de l'absurdité ; souvent il est associé à des

idées ambitieuses et de grandeur et rappelle le délire des paralytiques généraux. Toutefois, chez les délirants chroniques, les idées sont plus limitées en nombre, mieux raisonnées, moins mobiles et portent les traces d'une certaine systématisation.

Dans la démence consécutive à l'état névropathique ou vésanique, le délire hypocondriaque porte l'empreinte de l'affaiblissement intellectuel, mais l'histoire antérieure des malades, l'absence de troubles de la motilité suffiront au diagnostic. — Dans les lésions cérébrales localisées avec troubles de la motilité, on peut observer certaines manifestations délirantes, au nombre desquelles le délire hypocondriaque est fréquent, et des signes de démence; mais les troubles de la motilité diffèrent beaucoup de ceux de la paralysie générale. L'embarras de la parole, notamment, est tout autre dans ce dernier cas.

Telles sont les principales conclusions du travail que votre commission a eu à examiner. Ce travail, où les faits tiennent la large place, ne renferme pas moins de trente-huit observations originales. L'auteur, comme il le dit lui-même, « a eu pour but d'écrire aussi simplement que possible ce qu'il a vu », on peut ajouter bien vu. L'esprit qui a présidé à la rédaction de son mémoire, le soin qu'il a mis à collationner les documents, la modeste réserve qu'il a apportée dans les développements théoriques, ont semblé à votre commission répondre de tous points aux intentions des généreux fondateurs du prix: Esquirol et Mitivié qui, comme le disait, il y a quelques années, l'un des rapporteurs auxquels j'ai le lourd honneur de succéder ici, M. Bouchereau, ont eu surtout pour but de stimuler les jeunes et d'encourager les vocations.

Aussi votre commission n'a-t-elle pas hésité à accorder le prix à l'auteur du mémoire.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Vétault, interne de l'asile Saint-Anne, a obtenu le prix Esquirol.

Rapport sur le prix Aubanel.

M. PAUL GARNIER. — Messieurs, parmi les questions qu'une société savante peut mettre au concours, il en est nécessairement qui ont une portée fort inégale et qui réclament des aptitudes assez différentes; les unes s'adresseront plus spécialement à ces esprits pénétrants, auda-

cieux dans la recherche, épris de cette vive ardeur et tout remplis de cette confiance inébranlable qui aboutissent souvent à de fécondes découvertes; les autres auront plutôt pour effet de mettre en pleine valeur ces talents qui excellent à surprendre les moindres phénomènes accessoires et à les décrire; d'autres enfin solliciteront plus efficacement ces intelligences douées de ces facultés coordinatrices grâce auxquelles les faits recueillis se classent, s'adaptent à leur vraie place et se présentent alors de telle manière qu'il est permis d'en saisir les rapports et d'en dégager une formule générale, désormais acquise à la science.

Il semble bien, Messieurs, que ce soit surtout dans cette dernière catégorie qu'il faille ranger le sujet que vous avez donné à traiter aux concurrents pour le prix Aubanel, à décerner cette année: « *Existe-t-il des signes ou des indices qui permettent de reconnaître qu'une maladie mentale est héréditaire, en l'absence de notions sur les antécédents?* — *Exposer ces caractères.* »

Certes, s'il est une question qui paraisse toute prête à recevoir une solution précise, c'est bien celle-là, et ce sera l'impérissable honneur de l'un des plus illustres représentants de l'école psychiatrique française d'en avoir fourni les précieux éléments, en construisant cette œuvre magistrale et vraiment grandiose qui s'intitule le « *Traité des dégénérescences physiques, morales et intellectuelles de l'espèce humaine.* » Envisagée, depuis lors, c'est-à-dire, à dater des travaux de Morel, sous son véritable jour, malgré des dissidences nombreuses, discutée à peu près, sous toutes ses formes, ne se présente-t-elle pas, aujourd'hui, comme l'une des mieux préparées qui soient pour provoquer une interprétation sûre et définitive, pour se résoudre enfin en une donnée clinique positive et essentiellement pratique?

Tel est le point sur lequel vous demandiez aux candidats de se prononcer; vous avez ainsi circonscrit le plus possible le champ de l'investigation, préoccupés avant tout du désir d'attirer vers vous un grand nombre de concurrents, tout à la fois, par l'attrait du sujet et la nette indication du problème offert à leurs recherches.

Et, à ce propos, il convient de rappeler que les conditions du concours actuel ne sont point absolument iden-

tiques à celles qui avaient été adoptées pour les deux derniers. Justement émus de la situation créée par une abstention regrettable et persistante de la part de ceux qui auraient dû prétendre à l'honneur de vos récompenses, vous aviez décidé, il y a tantôt six ans, d'élargir la base du concours, et, afin de stimuler le zèle des compétiteurs, vous leur avez laissé le champ libre, abandonnant le choix de la question à leur propre convenance; et si, une première fois, vous n'avez admis que les mémoires manuscrits, vous êtes allés, au précédent concours, jusqu'à recevoir, parmi les travaux présentés, en vue du prix Aubanel, des ouvrages imprimés. Je n'ai pas à redire le peu de succès de ces diverses modifications, et je ne m'étendrai pas davantage sur les motifs très sérieux qui vous les ont fait rejeter et revenir purement et simplement à la tradition académique.

Pour infructueuses qu'aient été ces tentatives, elles n'en sont pas moins, Messieurs, un témoignage de plus de la sollicitude qui vous anime, alors que les intérêts de notre chère science sont en jeu.

L'heureux choix de la question, la somme relativement élevée que vous avez à distribuer, soit 3,600 fr., les intentions que vous aviez laissé percer de vous montrer indulgents, à l'effet de décerner un prix que, depuis plusieurs années, vous aviez dû retenir, toutes ces conditions réunies ont-elles eu pour résultat de secouer cette sorte d'indifférence que vous avez maintes fois déplorée?

Il est bien vrai, malheureusement, Messieurs, qu'à l'expression des regrets d'autrefois ne peut succéder encore aujourd'hui la satisfaction complète qui résulterait d'un envoi d'œuvres considérables par leur nombre et par leur qualité.

Vous avez reçu seulement deux mémoires de valeur assez inégale, l'un très étendu et très compact, mais imparfaitement adapté à la question et notablement inférieur à l'autre, bien que ce dernier soit lui-même incomplet et véritablement trop écourté; au moins, il a l'avantage sur le premier de fournir à votre formule interrogative une réponse nette et conforme aux données actuelles de la science, tout en ayant le tort de ne pas l'appuyer sur un assez grand nombre de preuves.

Ces travaux ont été renvoyés par vous à l'examen d'une

commission composée de MM. Jules Falret, Legrand du Saulle, Magnan, Cotard et Paul Garnier. Après avoir été lus par chacun de nous, ils ont été l'objet d'un vif échange d'appréciations motivées dans les diverses réunions que nous avons tenues ; ce sont les décisions qui en forment comme la résultante que le rapporteur a le devoir de justifier maintenant devant vous, en exposant les raisons qui les ont déterminées.

Le mémoire n° 4, s'affranchissant, dans une certaine mesure, d'une subordination rigoureuse aux termes de la question posée, est intitulé : *Recherches cliniques sur les signes de l'hérédité dans les maladies mentales.* — *Feci quod potui* ; telle est son épigraphe. C'est un volumineux travail, comprenant 236 pages, sur lesquelles, et il y a quelque importance à les dénombrer ainsi, 200, au moins, sont consacrées à la relation de 75 observations, le reste étant réservé à l'historique et aux conclusions. — « Rassemblons des faits pour nous donner des idées ! » c'est, croirait-on, à cette recommandation aphoristique de Buffon que l'auteur a voulu se conformer, et, certes, nous ne saurions lui en faire un reproche. Mais il y a, sans doute, une façon de grouper les faits qui aboutit à la stérilité plutôt qu'à la production de notions nouvelles et utiles, et, par là, je suis naturellement amené à dire dans quel esprit et suivant quelle méthode cette étude a été entreprise, bien qu'elle échappe, en grande partie, à l'analyse, en se limitant presque exclusivement à la présentation d'une série de cas pathologiques peu intéressants en eux-mêmes.

Dans un court avant-propos, l'auteur prend soin de nous informer que le point essentiel qui l'a préoccupé a été de réunir un certain nombre de malades chez lesquels l'hérédité fût certaine et avérée.

« Nous n'avons, dit-il, qu'à recueillir le plus grand nombre possible d'observations de folies simples héréditaires, à rechercher les caractères spéciaux qu'elles présentent, au triple point de vue physique, intellectuel et moral, à en déduire, par un travail de statistique, la fréquence et à en discuter la valeur. »

De telle sorte que le candidat a envisagé son sujet comme s'il avait eu à tâche de prouver que la folie est héréditaire ; ses efforts ont eu pour but de relever dans les antécédents des malades auxquels il donne place dans son cadre, l'exis-

tence de l'aliénation mentale chez les parents, et il aurait produit, en effet, comme c'était son intention, un véritable travail de statistique si, au lieu de quantités absolues, il s'agissait de chiffres proportionnels. Mais est-ce bien là répondre à la question? — Comment le candidat ne s'est-il pas rendu compte qu'en procédant ainsi, non seulement il s'écarterait du programme tracé, mais encore qu'il était condamné, par avance, à n'aboutir à aucun résultat, ce qui est plus grave!

L'intention de la Société médico-psychologique semble pourtant clairement exprimée dans l'interrogation qu'elle a formulée; qu'il nous soit permis d'affirmer qu'elle n'a point voulu poser la question de la fréquence de l'hérédité de la folie. Existe-t-il, oui ou non, de ces individus, malades par lésion intellectuelle ou par altération morale, en face desquels un médecin expérimenté ait le droit ou le pouvoir de prononcer ce jugement: « Voilà la folie héréditaire! » Veut-on dire simplement, par là, que cette perturbation mentale prend sa source dans l'hérédité? Non, la constatation est autre; elle signifie que le sujet auquel s'adresse ce verdict, doit offrir, dans la nature, la forme et l'aspect de ses dispositions maladives, certains signes réalisant une individualité propre, dans l'ordre des manifestations psychopathiques; étrange type morbide pour lequel le fait d'être malade n'est plus une anomalie suffisante et qui exagère la déviation jusqu'à être anormal dans la maladie même!

C'est à émettre une opinion motivée au sujet de la réalité de tels caractères, sur leur valeur à la fois diagnostique et pronostique, que vous aviez convié, Messieurs, les concurrents pour le prix Aubanel, et non point à établir une statistique de plus sur l'hérédité de la folie. Il est regrettable que l'auteur du mémoire dont j'ai l'honneur de vous rendre compte, en ce moment, ne l'ait pas compris ainsi. Le véritable intérêt de cette étude consistait, en effet, à rechercher comment le clinicien est conduit, sur la foi de certains indices, à affirmer que tel malade soumis à son examen appartient à la classe des héréditaires et de remonter ainsi du fait actuel au fait ancestral, dont il peut alors évoquer le rôle avec une singulière autorité. C'est exactement le procédé inverse que l'auteur du mémoire n° 4 a adopté dans sa recherche; loin de déduire l'hérédité

par la seule considération de l'observation présente, il part, au contraire, de cette notion, supposée connue et indiscutable, pour s'enquérir de ce qui peut bien advenir sous cette influence, et il est amené ainsi à reconnaître, ce qui était facile à prévoir, qu'il y a des degrés multiples dans l'effet de la transmission morbide et que, partant, il existe des formes non moins multiples de folie héréditaire. Mais, dès lors, conséquent avec lui-même, il aurait dû mentionner également le chiffre proportionnel des cas où, malgré l'existence avérée d'antécédents morbides, les descendants de ces aliénés restent indemnes de toute folie, car l'hérédité n'est point fatale, que nous sachions. Nous avons là sous les yeux, Messieurs, un nouvel exemple des écarts et des mécomptes qu'engendre une méthode vicieuse. A considérer les fâcheuses erreurs d'interprétation que l'on rencontre ainsi, ce serait à croire, par moments, que l'auteur est resté étranger à la plupart des travaux qui ont eu pour objet l'étude de la folie héréditaire. Il n'en est rien cependant ; comme je le remarquais, en effet, au début de ce compte rendu, le mémoire est pourvu d'un historique de la question ; j'ajouterai même maintenant que cet exposé serait une des meilleures recommandations de ce travail, si, dans cette revue rétrospective, très complète, se manifestait plus de sens critique. Malheureusement se révèle là, comme dans les autres parties de l'œuvre, l'absence d'opinions bien nettes.

Dépourvu de cette discussion qui discerne la portée des différents travaux, et détermine la part contributive de chacun dans les progrès accomplis, un historique perd ses qualités fondamentales et n'a plus guère que l'importance d'un index bibliographique.

Mais je reviens à l'examen des observations relatées dans ce mémoire. Étant connu l'esprit qui a présidé à la conception générale du sujet, on peut aisément prévoir la confusion apportée dans la présentation de ces exemples cliniques : lypémaniaques, déments, délirants chroniques, maniaques, alcooliques se donnent la main dans une promiscuité, tout à fait intentionnelle, du reste, car l'auteur se fait un mérite de son dédain de toute sélection, l'unique raison, à la fois nécessaire et suffisante, du groupement de ces malades, résidant dans la connaissance préalable de l'aliénation mentale chez les ascendants.

Aussi, est-ce en vain que l'on chercherait, dans cet assemblage hétéromorphe, cette symptomatologie que nous sommes habitués à attribuer à la folie dite héréditaire, ces anomalies de la sensibilité morale et affective, ces bizarreries d'allures, ces paroxysmes soudains, ces alternatives de dépression et d'excitation, cette évolution rémittente si particulière à laquelle le diagnostic emprunte ses plus précieux éléments, cette particularité si intéressante de la persistance de la conscience, parfois même au milieu de désordres psychiques profonds, cette autre, non moins utile à connaître pour la détermination pronostique, et qui consiste dans la résistance offerte par le ressort intellectuel à ces chocs multipliés qui sembleraient devoir rapidement le briser.

Je sais bien qu'il est parlé un peu de tout cela dans les conclusions, mais ce ne peut être, en vérité, des observations de ce mémoire que ces données se dégagent, car les faits relatés ne sauraient, en raison même de leur confusion, produire d'autre résultat que de les rendre indécises et obscures.

La recherche des signes physiques de l'hérédité occupe, dans ce travail, une place fort importante. Chaque malade a été l'objet d'un examen minutieux, en vue de la découverte des diverses déviations du type normal ; il est exploré dans tous ses organes externes dont les moindres particularités sont soigneusement relevées ; il est mesuré suivant sa taille et, ce qui est mieux, suivant son crâne dont la conformation est reproduite par un graphique, en réduction, qui accompagne chacune des observations comme ces photographies qu'on annexe à certains dossiers. Tous ces tracés sont ensuite synoptiquement présentés dans des tableaux d'ensemble avec l'annotation des indices céphaliques, comme légende.

Votre commission a été, dès l'abord, très favorablement impressionnée par les qualités sérieuses que dénotait un tel soin, de même que par la considération de la grande somme de travail nécessitée par tout cet ensemble de recherches, et c'est, vous le concevez, Messieurs, avec les meilleures dispositions qu'elle a procédé à l'examen de cette crâniométrie, bien prête à tenir le plus grand compte des données positives qu'elle espérait y trouver.

Malheureusement, le résultat n'a point répondu à notre

attente et la déception a été trop vive pour que ce rapport n'en traduise pas, au moins, l'expression atténuée. Le candidat s'applaudit d'avoir rencontré dans le *conformateur des chapeliers*, un excellent moyen de mensuration crânienne qu'il déclare préférer, de beaucoup, à la lame de plomb de Marcé. Ainsi, il ne paraît pas avoir eu connaissance de l'opinion que professait Broca, au sujet de la valeur des configurations relevées au conformateur, car, à aucun moment, il n'y fait allusion et ne met en doute l'exactitude du procédé qualifié très défectueux par l'illustre fondateur de l'Ecole d'anthropologie.

Mais ce n'est pas tout. Que faut-il soupçonner, erreur de copiste ou méprise de l'auteur, ou encore défaut de proportions des graphiques obtenus par l'échelle de réduction? toujours est-il qu'on lit avec étonnement, par exemple, la mention : brachycéphale, attribuée à des crânes manifestement dolichocéphales.

Au surplus, le candidat est contraint d'avouer que, de toutes ses recherches, il n'est en mesure de dégager aucune formule générale. Il faut donc renoncer à l'espérance qu'il concevait lui-même et que votre commission avait, un instant, partagée, à savoir, que ces observations munies de tels tracés, pourront jamais servir de documents dans l'étude de la folie héréditaire.

Vous le voyez, Messieurs, l'éloge n'a pu guère trouver place, jusqu'à ce moment, dans ce compte rendu. Pourtant, ainsi que je l'ai déjà indiqué, l'auteur, à l'instant de clore son étude, éclairé comme par une lumière soudaine, écrit ceci, en réponse à la question : « Il existe des signes et des indices qui, réunis en un certain nombre et se manifestant avec une intensité suffisante, permettent, en l'absence de notions sur les antécédents, d'affirmer avec une certitude presque complète qu'une folie simple est héréditaire. Ces signes sont de l'ordre intellectuel, moral et physique. Les signes intellectuels et moraux ont une valeur bien supérieure à celle des signes physiques et même, séparés de ces derniers, peuvent suffire à faire le diagnostic ; » et il signale comme caractères plus spécialement pathognomiques de la folie héréditaire : *a*, un état particulier d'hyperactivité cérébrale, auquel s'adjoignent souvent des lésions morales ; *b*, la résistance à la démence ; *c*, la tendance aux paroxysmes, aux rechutes et

aux rémissions. Mais on regrette de constater que ces conclusions ne se déduisent pas de l'ensemble du travail et se trouvent, de plus, quelque peu en opposition avec cette phrase, notée à la page 20 : « Nul n'oserait affirmer qu'une maladie mentale présentant les symptômes découverts actuellement reconnaît forcément pour cause l'existence d'antécédents héréditaires. »

Une dernière remarque : à certain endroit de son étude, l'auteur se pose en très ferme partisan de la distinction à établir entre le prédisposé simple et l'héréditaire : « Nous le proclamons hautement, écrit-il, la classification de M. Magnan, en héréditaires dégénérés et prédisposés, nous semble réunir toutes les conditions désirables d'exactitude clinique. » Comment, après une telle déclaration de principes, s'est-il mis constamment en flagrant désaccord avec cette idée mère qui aurait dû lui servir de plus précieux guide dans l'entente du sujet qu'il avait à traiter ?

En résumé, messieurs, le mémoire n° 4, tout en représentant une grande somme de travail et dénotant une patience à toute épreuve, est une œuvre à laquelle il a manqué d'être plus correctement entreprise et surtout mieux adaptée à la question. Pour ces raisons, elle est malheureusement stérile quant à ses résultats, et offre quelques contradictions regrettables dans l'énoncé de ses propositions fondamentales, les prémisses n'étant point complètement en rapport avec les conclusions ; elle a, en outre, le défaut d'être presque bornée à la sèche énumération des faits.

— Le mémoire n° 2, qui porte pour épigraphe cette phrase empruntée à Morel : « *Dans la presque généralité des cas la folie est un état de dégénérescence,* » offre avec le précédent un contraste frappant. Dès les premières pages, on reconnaît le clinicien convaincu qui, en parfaite possession de son sujet, s'achemine droit au but, et l'on pressent, de suite, qu'avec lui la question va être serrée de près. Il l'aborde par quelques considérations historiques où toute justice est rendue, tant au célèbre médecin de Saint-Yon, qu'aux observateurs qui, depuis, ont complété l'œuvre de Morel par l'apport de nouveaux matériaux, et ayant précisé la distinction entre le prédisposé et l'héréditaire ou dégénéré, il pénètre directement au cœur du sujet dans un chapitre intitulé : « *Anomalies cérébrales,* » où il s'attache à montrer, par l'étude progressive des différents

degrés de dégénérescence que l'héréditaire est de la même famille que l'idiot. En effet, qu'il s'agisse de cet état d'oblitération extrême qui annihile la vie mentale de l'être, ou de ce niveau moyen de la déchéance originelle qui constitue l'imbécillité, ou enfin de cette catégorie relativement supérieure à laquelle appartiennent les héréditaires; dans les trois cas, la tare congéniale est la même, la différence ne réside que dans le degré de l'infirmité.

Bien que le dégénéré jouisse fréquemment des facultés les plus brillantes, la lacune existe et se révèle à un examen attentif: ce sont des défauts dans le jugement, un caractère irréflecti, des tendances irrésolues, ou bien, d'étranges aberrations de sens moral; considéré au triple point de vue physique, intellectuel et moral, on retrouve chez lui, quoique moins accusées, les anomalies des états extrêmes.

Un des caractères qui distinguent encore ces êtres, c'est leur mobilité d'aspect, leurs brusques changements de physionomie et d'humeur; on les voit tour à tour gais, expansifs ou moroses et déprimés, et cela, brusquement, sans qu'il y ait d'autre motif à ces oscillations que l'instabilité qui les distingue essentiellement, car tout est, chez eux, irrégularité et contradiction.

L'individu ainsi constitué est désigné d'avance pour toutes les défaillances morales et prêt à obéir à toutes les suggestions morbides de l'instinctivité.

C'est à l'étude de ces manifestations spéciales qu'est consacré le chapitre suivant, qui s'annonce avec ce titre: « *Syndromes épisodiques des héréditaires.* » Nous trouvons là un exposé très fidèle des dispositions protéiformes de ces héréditaires dont la folie consiste bien plutôt dans le délire des sentiments et des actes que dans le désordre des facultés intellectuelles, véritables imbéciles moraux, suivant l'expression de Maudsley.

Parfois une simple lacune sépare ces malades de l'état normal, et ce n'est qu'en pénétrant dans leur vie intime qu'on arrive à trouver l'obsession qui les tourmente; et l'auteur fait entrevoir, à ce propos, mais malheureusement d'une manière un peu trop succincte, les difficultés médico-légales que soulèvent les actes de ces dégénérés, si fréquemment en conflit avec les lois. « Qu'ils soient conscients de leur situation, et ici je cite textuellement, ou qu'ils protestent

contre la réalité de leur trouble psychique, que leurs actes soient le résultat d'une méchanceté raisonnée ou d'une impulsion contre laquelle le malade aura été impuissant à réagir, tous ces états sont le fait de la même anomalie congénitale, et quelle que soit la nature du fait incriminé, quelles que soient les conditions qui l'ont précédé, accompagné et suivi, on se trouve en présence d'irresponsables. »

Mais en dehors de ce délire d'action, la disposition malade se traduit souvent par des manifestations d'un autre ordre. Tantôt c'est une idée fixe s'imposant à l'esprit impuissant à la chasser; tantôt ce sont des craintes absurdes, des obsessions grotesques, des superstitions ou des préjugés ridicules, des penchants bizarres qualifiés par les malades eux-mêmes de manies, d'excentricités.

Depuis l'acte le plus simplement puéril ou étrange jusqu'aux faits de la plus haute gravité, depuis l'idée la plus extravagante, jusqu'à l'obsession la plus dangereuse, toutes les tendances peuvent germer et prendre place dans l'esprit des dégénérés. Ici, c'est la crainte de toucher certains objets; là, c'est la frayeur se manifestant au moment de traverser une place, une rue, un espace largement ouvert ou bien encore la terreur engendrée par le séjour dans un endroit clos et restreint, toutes situations des plus pénibles, des plus angoissantes, dont l'auteur cite plusieurs exemples saisissants dans des observations fort intéressantes et clairement présentées.

En somme, ces divers états décrits sous les noms variés de folie du doute, de délire du toucher, d'agoraphobie, de claustrophobie, ces craintes, ces appréhensions de toute nature, sont les expressions de la même disposition morbide fondamentale, et relèvent comme les impulsions au suicide, à l'homicide, comme la dipsomanie, l'érotomanie, de la dégénérescence, et c'est une erreur clinique grave, affirme justement l'auteur, d'en faire autant de monomanies ou d'entités nosologiques distinctes.

Mais la perturbation psychique, chez l'héréditaire, ne reste pas toujours dans ces limites et si, le plus souvent, elle est bornée à ce désordre des sentiments et des actes, parfois cependant elle a un retentissement profond sur la sphère intellectuelle, et le « *délire chez les dégénérés*, » est l'objet, dans un dernier chapitre, d'une description, si don

fort étendue, du moins fort exacte, où nous notons, au passage, cette affirmation nette et catégorique : « Chez les dégénérés, la folie se présente avec des caractères qui permettront toujours d'en reconnaître l'origine. »

Généralement, le début de l'accès, car c'est souvent un véritable paroxysme, est brusque et le délire éclate, subit, presque instantané, s'affranchissant de cette lente incubation qui est la règle pour les autres malades. Aussi bien, tout se mêle et s'enchevêtre dans cette modalité délirante, et dans aucune autre forme vésanique la manière d'être du malade n'est plus variée, la succession des phénomènes plus rapide, l'impulsion plus soudaine et plus violente, tenant moins de l'hallucination que de l'instinctivité. Sachons gré à l'auteur de cette dernière remarque fort juste ; mais il est regrettable qu'il ne l'ait pas complétée par un intéressant parallèle entre l'impulsion du délirant chronique chez lequel l'activité délirante est la déduction rationnelle des conceptions malades, et l'impulsion plus irraisonnée, plus automatique de l'héréditaire.

Quant à la terminaison de ces états, elle est aussi imprévue que leur marche, car à la soudaineté du début correspond une brusquerie non moins grande dans la disparition du trouble mental. Mais les rechutes ne sont jamais plus fréquentes, les alternatives plus désespérantes que chez ces malades ; la guérison, toujours instable, reste sous la menace constante d'une nouvelle atteinte.

Telle est la physionomie spéciale de ces perturbations mentales ; les traits en deviennent encore plus saisissants si on la met en opposition, ainsi qu'a eu soin de le faire l'auteur, avec celle qui caractérise le délirant chronique qui ne s'engage dans le domaine de la folie qu'après de longues hésitations, pour s'acheminer ensuite par une lente progression, et étape par étape, vers la systématisation délirante, vers la déchéance intellectuelle irrémédiable. Chez le dégénéré en plein délire ambitieux faudra-t-il, par exemple, attribuer à ces conceptions orgueilleuses la même signification pronostique qu'elles revêtent lorsqu'il s'agit d'un vésanique pur ? Nullement, car sur le fond maladif créé par l'hérédité, le délire se développe d'emblée, sous n'importe quelle forme, sans ordre distinct et peut disparaître du jour au lendemain.

Messieurs, votre commission se plaît à reconnaître dans

ce mémoire l'œuvre d'un esprit méthodique, d'un clinicien expérimenté, et de plus, profondément convaincu. Les idées qu'il émet sont justes, nettement formulées et se coordonnent habilement en vue d'une conclusion qui soit une réponse claire et précise à la question que vous avez posée ; cette réponse, vous la connaissez déjà. Pour l'auteur, la folie héréditaire, entée constamment sur un état de dégénérescence, présente toujours des signes ou des indices qui permettent de la reconnaître, en l'absence de notions sur les antécédents.

Le sujet a donc été bien compris, la recherche non moins bien conduite et la description des caractères propres aux héréditaires sous ces trois chefs principaux : *anomalies cérébrales — syndromes épisodiques — délire*, nous a surtout paru des plus heureuses.

Mais j'ai fini de distribuer l'éloge, et la critique veut aussi sa part. En effet, si ce travail est bien conçu, bien conforme au programme, il pêche malheureusement par d'assez sérieux défauts ; il est fort court et ne s'appuie pas sur un assez grand nombre d'observations ; pour intéressantes et valables que soient celles qu'il rapporte, leur qualité ne peut, malgré tout, suppléer à l'insuffisance du nombre. Nous eussions désiré aussi une exposition plus large, une discussion plus approfondie, alors que le candidat se borne le plus souvent au simple énoncé des propositions, très formelles, très absolues, c'est vrai, mais qui ne perdraient rien à être présentées d'une façon moins sommaire. L'auteur est dans la bonne voie, assurément, et on est heureux de l'y suivre ; pourtant, on souhaiterait que son attention se fixât davantage sur toutes les curiosités de la route et qu'il courût moins hâtivement au but où il nous conduit fort vite, sans doute, mais en laissant incomplètement explorées, derrière lui, bien des particularités qui auraient mérité de l'arrêter plus longuement. Donc, avec des qualités très réelles, ce travail offre des lacunes importantes ; tout en se distinguant par des idées fort justes et fort nettes, par des données positives, une connaissance très complète des travaux les plus récents, il est peut-être ; cependant, trop dépourvu de ces aperçus qui créent à une œuvre l'originalité désirable et la marquent d'une estampe véritablement personnelle.

Telles sont, Messieurs, les considérations que nous avons

à vous présenter au sujet de ces deux mémoires, afin de vous permettre de juger à la fois leur valeur absolue et leur valeur relative; elles auront, en tous les cas, suffisamment rendu notre pensée, si elles réussissent à établir pour vous ce fait, à savoir qu'il existe une notable différence dans leur mérite respectif. C'est ainsi que la supériorité du mémoire n° 2 sur l'autre ne nous a pas paru contestable. Mais, tout en le plaçant, sans hésitation aucune, au premier rang, nous n'avons pu, toutefois, le coter assez haut pour le juger digne du prix. Votre commission, Messieurs, a pensé que la Société médico-psychologique se devait à elle-même de ne point donner à une œuvre d'aussi courte haleine une consécration éclatante comme l'est l'attribution du prix Aubanel, mais elle tient à déclarer que des efforts plus persévérants, la relation d'un plus grand nombre d'exemples cliniques eussent certainement valu à l'auteur du mémoire n° 2, d'être proposé pour cette récompense. Regrettant bien vivement qu'il ne puisse en être ainsi, elle le désigne, tout au moins, pour une mention honorable et une large participation à la somme que vous avez à distribuer.

De plus, prenant en considération, en dépit d'imperfections multiples et de l'inanité du résultat, l'énorme dépense du travail et l'infatigable patience que le mémoire n° 4 a dû nécessiter, nous n'avons pas crû devoir refuser un encouragement à son auteur.

En conséquence, Messieurs, votre commission s'est arrêtée aux résolutions suivantes qu'elle soumet à votre sanction :

- 1° Il n'y a pas lieu de décerner le prix Aubanel;
- 2° Il convient, toutefois, de distraire des 3,600 fr., montant de la totalité de ce prix; la somme de 2,400 fr. pour être inégalement répartie entre les deux concurrents, auxquels il est accordé.
 - a) A l'auteur du mémoire n° 2 : une mention honorable avec récompense de 1,800 fr.
 - b) A l'auteur du mémoire n° 4 : une allocation de 600 fr. à titre d'encouragement.

M. le Président annonce que M. Saury, de Suresnes, auteur du mémoire n° 2, a obtenu la mention honorable avec récompense de 1,800 fr., et qu'une allocation de 600 fr. a été accordée à titre d'encouragement au mémoire n° 4, dont

les auteurs sont M. Brun, médecin adjoint de l'asile de Bron, et M. Taty (Théodore), interne du même asile.

Éloge de Renaudin.

M. RITTI. — Messieurs, c'était en 1817; Esquirol venait de parcourir la France pour visiter les établissements dans lesquels on renfermait les aliénés. L'impression qu'il rapporta de ce long voyage fut des plus pénibles; le cœur ulcéré, ce grand et généreux esprit résuma les navrants spectacles auxquels il venait d'assister, dans ces quelques lignes d'une douloureuse éloquence : « J'ai vu ces infortunés, « s'écrie-t-il, nus, couverts de haillons, n'ayant que la « paille pour se garantir de la froide humidité du pavé sur « lequel ils sont étendus. Je les ai vus grossièrement nour- « ris, privés d'air pour respirer, d'eau pour étancher leur « soif, et des choses les plus nécessaires à la vie. Je les ai « vus livrés à de véritables geôliers, abandonnés à leur « brutale surveillance. Je les ai vus dans des réduits étroits, « sales, infects, sans air, sans lumière, enchaînés dans des « antres où l'on craindrait de renfermer les bêtes féroces « que le luxe des gouvernements entretient à grands frais « dans les capitales. »

Qu'on compare ce sombre tableau à ce que nous voyons aujourd'hui : de magnifiques asiles ont été construits, dont la plupart sont des modèles au point de vue de l'hygiène et de l'art architectural; les malades, mieux nourris et bien vêtus, jouissent d'une certaine liberté, les uns travaillant aux champs; les autres s'exerçant à des métiers divers; partout, les moyens de douceur ont remplacé les mesures violentes et brutales, et cette heureuse substitution, loin de nuire à la discipline, l'a rendue plus facile, tant il est vrai qu'en maintes choses,

Plus fait douceur que violence.

De tels changements ne s'obtiennent pas sans d'énergiques efforts. Les médecins aliénistes qui, nous pouvons le dire bien haut, ont pris l'initiative de ces réformes, ont eu bien des luttes à soutenir contre la routine et le mauvais vouloir. Ils ont fini par vaincre les obstacles et imposer leurs idées; mais s'ils ont été à la peine, ils n'ont pas tous été à l'honneur.

Dès la promulgation de la loi du 30 juin 1838, de jeunes

médecins, choisis pour la plupart parmi les élèves des maîtres éminents qui enseignaient l'aliénation mentale dans les hospices de Paris, furent envoyés dans les départements pour organiser le nouveau service. Ces missionnaires eurent tout à créer; mais, après de longues années d'un pénible labeur, où il fallut déployer toutes les ressources d'une habile diplomatie, joindre aux aptitudes médicales celles de l'architecte, ils eurent la satisfaction de doter leur pays d'établissements qui font honneur autant à ceux qui en conçurent les plans qu'aux pouvoirs publics qui se chargèrent de l'exécution.

Est-il besoin, Messieurs, de vous rappeler les noms de tous ces vaillants pionniers? Les survivants de cette période de lutte et d'organisation sont nombreux, et plus d'un siège encore parmi nous; mais la liste de ceux qui sont morts est déjà grande, nous avons vu disparaître successivement Ponthier, le créateur de l'asile d'Aix; Evrat, le fondateur de l'asile de Grenoble; Auzouy, qui a doté le département des Basses-Pyrénées d'un établissement modèle; et Marchant, et Dagron, et tant d'autres qui, faisant œuvre utile et durable, ont honoré notre spécialité.

Parmi ces travailleurs de la première heure, Renaudin occupe une place d'élite. S'il attacha surtout son nom à la reconstruction de l'asile de Maréville, il doit aussi être considéré comme l'organisateur de plusieurs autres établissements d'aliénés de la région de l'Est de la France. Mais il ne fut pas seulement un administrateur de premier ordre; au milieu des luttes incessantes qu'il eut à soutenir et qui auraient abreuvé de dégoût un caractère moins énergiquement trempé que le sien, ce médecin distingué sut toujours faire sa part à la science, il ne cessa pas de se livrer à l'étude et de publier des travaux importants qui prouvent qu'il savait se familiariser les questions les plus élevées de la médecine mentale, aussi bien qu'il dénouait les plus grandes difficultés administratives.

Louis-François-Emile Renaudin naquit à St-Dié (Vosges), le 4 octobre 1808. Comme tout fils d'officier, il fit ses études classiques un peu au hasard des garnisons : il débuta ainsi au collège d'Angoulême et termina au lycée de Strasbourg. Partout il fut un élève brillant et se distingua, dès

cette époque, par des aptitudes spéciales pour les sciences mathématiques et physiques.

La passion qu'il prit pour cet ordre de connaissances le poursuivit jusque sur les bancs de l'Ecole de médecine; mais il ne se contenta pas de les acquérir pour lui-même, il voulut les enseigner. Etait-ce nécessité d'augmenter ses ressources matérielles, ou bien le jeune étudiant se préparait-il ainsi à la carrière du professorat? Peut-être l'un et l'autre motifs le pressaient-ils en cette circonstance à se constituer maître à un âge où l'on a encore tant à apprendre? Quel qu'ait été le mobile, le moyen était excellent, — car on ne saurait mieux perfectionner ce qu'on sait qu'en le montrant aux autres — et les résultats furent inespérés. « Pour un esprit aussi avide de savoir, il ne suffit pas, dit un des biographes de Renaudin (1), d'augmenter progressivement la somme de ses connaissances, il faut encore conserver et fixer ce qui a été déjà acquis. C'est alors qu'on le voit pour ainsi dire se multiplier; il ouvre des cours particuliers de chimie, il fait des conférences sur la physique et les mathématiques transcendantes; enfin, réglant sa conduite d'après cet aphorisme de Sénèque : *doceo ut discam*, il s'impose en maître, avant même qu'on ait eu le temps de le distinguer comme élève. »

Un labeur aussi assidu devait porter ses fruits. Dès 1830, Renaudin, à peine âgé de vingt-deux ans, fut reçu docteur ès sciences mathématiques avec une dissertation sur *l'isochronie*; et quatorze mois après ce premier et si brillant succès, il vint soutenir, devant la Faculté de médecine, une thèse dans laquelle il exposait les propriétés médico-chimiques de l'acide hydrocyanique.

On n'a guère l'habitude aujourd'hui de consulter les mémoires écrits il y a un demi-siècle sur l'action physiologique et toxicologique des différentes substances chimiques et sur leur emploi dans le traitement des maladies; celui de Renaudin sur l'acide prussique semble particulièrement être tombé dans l'oubli. Et cependant, ce n'est pas un travail à dédaigner; écrit dans un véritable esprit scientifique,

(1) Dr E. Rousseau, *Notice biographique sur le docteur Renaudin*, broch. in-8° (sans date), p. 3.

il donne la description exacte de toutes les expériences faites jusque-là et il nous apprend que la méthode expérimentale, pour être alors plus modeste qu'aujourd'hui, n'en était pas moins déjà utilement appliquée.

Les questions médico-légales soulevées par le sujet de cette thèse, sont traitées avec un soin spécial. Renaudin obeissait en cela à de justes préoccupations ; mais il devait être déçu dans ses légitimes espérances.

La faculté de médecine de Strasbourg, réorganisée depuis une vingtaine d'années, avait acquis une grande renommée grâce à la science et au talent de maîtres tels que les Lobs-tein, les Lauth, les Flamant, et bien d'autres encore. Dans ce groupe de savants distingués, le plus illustre était, sans contredit, Foderé, le fondateur de la médecine légale, en France, dont l'enseignement et les ouvrages avaient une réputation européenne, et qui, par son *Traité du délire*, mérite d'être considéré comme l'émule de Pinel et d'Esquirol.

Le bon docteur Foderé, comme on l'appelait volontiers, montrait une bienveillance particulière pour les jeunes gens studieux, les éclairant de ses conseils, les soutenant de son influence. Il dut être surtout frappé des succès rapides de Renaudin, de sa passion pour le travail et de son ardeur à s'instruire. Il voulut se l'attacher et donner une direction à ses brillantes facultés, en l'engageant dans la voie qu'il avait lui-même illustrée. Peut-être même caressait-il le doux espoir de léguer son héritage intellectuel à cet élève de prédilection ? Si tel était aussi le secret désir de notre jeune docteur, l'impitoyable mort devait faire évanouir son rêve. Foderé s'éteignit le 4 février 1835, et sa chaire de médecine légale, qui aurait dû être mise au concours, fut donnée par permutation à un de ses collègues.

Renaudin avait alors vingt-sept ans. A cet âge, un accès de découragement, quelque profond qu'il puisse être, n'est heureusement que de courte durée. La carrière de l'enseignement lui étant momentanément fermée, il chercha autour de lui comment il pourrait utiliser ses connaissances et ses talents. Une heureuse circonstance voulut que cette même année, où il eut la douleur de perdre son protecteur, l'asile départemental de Stéphansfeld fût inauguré et qu'on y créât une place de médecin-adjoint. Il l'obtint, et de ce jour commença pour lui une vie nouvelle, qui fut tout

entière consacrée à l'étude des maladies mentales et aux soins des malheureux qui en sont les tristes victimes.

Au commencement du siècle, il n'existait pas en Alsace d'établissement spécialement réservé aux aliénés. A Strasbourg, on les enfermait dans un petit bâtiment détaché de l'hôpital civil : les malades tranquilles réunis dans des salles basses, où les lits étaient pressés les uns contre les autres ; pour les aliénés agités ou gâteux, on avait imaginé des espèces de cages ou armoires en planches, pouvant tout au plus contenir un homme de moyenne taille, et élevées d'un demi-pied au-dessus du sol avec un plancher à claire-voie. Point de distinction de sexes : dans deux armoires contiguës, séparées seulement par une cloison en planches, on plaçait souvent une femme dans l'une, et dans l'autre un homme. Foderé, qui nous donne ces détails, démontre par un fait les déplorables résultats de cette honteuse promiscuité. Un jour, on amène à l'hôpital un dragon atteint d'un délire violent ; on s'empresse de le mettre dans une de ces cages, placée à côté de celle occupée par une jeune paysanne maniaque. Le soldat, jeune homme ardent et vigoureux, eut bientôt fait d'enlever le léger mur mitoyen qui le séparait de sa voisine. Inutile d'ajouter ce qui advint de ce fâcheux incident. Ce qui est douloureux à dire, c'est qu'il n'ouvrit pas les yeux de l'administration ; car vingt ans après seulement, sur les réclamations incessantes des médecins de l'hospice et en particulier du Dr Ristelhueber, on finit par comprendre la nécessité de créer un asile spécial pour les aliénés.

Stéphansfeld, qu'on choisit à cet effet, était un ancien établissement hospitalier, fondé au xiv^e siècle par les frères de Saint-Jean de Jérusalem. Sécularisé à l'époque de la Révolution, il devint propriété des hospices et fut transformé en orphelinat, destiné surtout à recevoir les enfants trouvés. En 1835, le département du Bas-Rhin en fit l'acquisition pour y hospitaliser ses aliénés.

Lorsque Renaudin prit le service, l'asile ne comptait que soixante-deux malades ; et à son départ, en 1842, il en renfermait près de quatre cents. Ces six années furent bien employées par le jeune médecin-adjoint. C'est à lui qu'incombait en somme toute la responsabilité du service médical, le médecin en chef résidant à Strasbourg. Il se mit courageusement à l'œuvre, lisant et relisant les auteurs,

observant les malades, se renseignant avec soin sur leurs antécédents, notant toutes les variations de leur état morbide. Les résultats de ces patientes recherches sont consignés dans deux opuscules : dans l'un, sont étudiées, au point de vue clinique, les diverses formes d'aliénation mentale observées à l'asile de Stéphansfeld ; le second est un travail statistique sur les aliénés du département du Bas-Rhin, dans lequel l'auteur s'applique surtout à établir l'influence des diverses causes, morales et physiques, sur la production de la folie. Nous voyons là, pour ainsi dire en germe, l'esprit et la méthode qui guideront Renaudin dans tous ses travaux ultérieurs.

Le moment était venu de mettre en sérieuse pratique les prescriptions de la loi du 30 juin 1838 et de l'ordonnance royale du 18 décembre 1839. Toute mesure nouvelle, fût-elle des plus justes et des plus progressives, trouve, lorsqu'il s'agit de l'appliquer, des oppositions quelquefois actives, mais le plus souvent passives. On froisse toujours certains intérêts ; mais, chose plus grave, on s'attaque à la routine, et celle-ci ne se laisse pas aisément vaincre. Pour organiser le nouveau service, il était donc indispensable de s'adresser à des hommes intelligents, habiles et énergiques, que ne rebutteraient ni les difficultés de la tâche, ni les tracasseries, ni même les ennuis qui pourraient leur être suscités. Renaudin possédait à un haut degré toutes ces qualités, et il le prouva bien le jour où il lui fut donné de les mettre en œuvre.

L'asile de Fains, situé dans un vallon arrosé par l'Ornains, était primitivement un dépôt de mendicité. Plus tard, on le transforma en hospice départemental pour le traitement des insensés, des incurables, des malades atteints d'affections de la peau. C'était par une entreprise particulière qu'était géré cet établissement, lorsque Renaudin en fut nommé le directeur. Il eut donc à réorganiser tous les services sur de nouvelles bases, et on peut voir, à la lecture des rapports annuels qu'il publia, les heureuses modifications qu'il sut introduire et qu'il parvint à rendre définitives. Sa constante préoccupation était d'éliminer tous les éléments étrangers ; l'asile aux seuls aliénés, tel était son programme. Malgré les luttes incessantes qu'il soutint, et quoiqu'il ne manquât aucune occasion de faire ressortir les inconvénients de cette promiscuité, il n'obtint pas de

la faire cesser ; cet état de choses devait durer jusqu'en 1856.

Le rapport annuel constitue une obligation pour tout médecin d'asile ; entre les mains de Renaudin, il est devenu une œuvre originale, dans laquelle les tableaux statistiques, les questions budgétaires et administratives même ne tiennent qu'une place secondaire. La partie importante — celle qu'on relit — est consacrée à des études et considérations cliniques d'un ordre élevé. Indiquer les notions générales qui doivent présider à l'étude de la folie, décrire successivement les lésions des différentes facultés intellectuelles et morales, rechercher les causes qui les produisent depuis la prédisposition héréditaire jusqu'aux causes occasionnelles, consacrer aux hallucinations la place importante qu'elles occupent dans la symptomatologie de l'aliénation mentale, terminer enfin par deux véritables monographies sur la monomanie et la lypémanie : telle est, résumée en quelques mots, la substance de ce travail qui, malgré son morcellement, présente une véritable unité, et qu'on regrette de voir disséminé — je dirai volontiers, perdu — dans des rapports annuels d'une publicité nécessairement très restreinte.

Beaucoup de bons esprits, jugeant d'ordinaire Renaudin d'après la seule lecture de ses *Études medico-psychologiques sur l'aliénation mentale*, sont portés à ne voir en lui qu'un philosophe exerçant son esprit à résoudre les obscurs et difficiles problèmes que suscite la nature de la folie. A ceux qui professent cette opinion exclusive, on peut conseiller la lecture de l'ensemble de ces rapports annuels. Ici, peu de ces échappées dans les sphères élevées de la psychologie pure, moins encore de ces envolées vers les régions nébuleuses de la métaphysique ; mais d'excellentes études cliniques, dans lesquelles se trouvent enchâssées de nombreuses et intéressantes observations qui illustrent les descriptions de l'auteur et permettent d'en mieux saisir les traits essentiels.

Les principes de Renaudin en psychiatrie étaient ceux de l'école régnante. Le délire est une lésion de l'attention ; l'aliénation mentale a pour caractère propre le désordre, la perversion ou l'anéantissement des affections morales ; la folie se présente sous quatre formes essentielles : la manie, la lypémanie, la monomanie et la démence. Dans ces quel-

ques aphorismes on reconnaît les idées maîtresses de l'Ecole psychologique, illustrée par Pinel et Esquirol. En France, elles étaient alors universellement adoptées. Renaudin en devint le champion le plus dévoué, les étayant de considérations nouvelles et leur portant l'appui de faits tirés de sa pratique. Mais sa connaissance de la langue allemande lui avait permis d'étudier les théories de nos voisins. Les doctrines de l'école somatique, dont Jacobi était l'adepte le plus éclairé en même temps que le plus savant, l'avaient vivement frappé. Comme elles taquinaient un peu ses tendances ontologiques, il chercha un terrain de conciliation entre le spiritualisme et le matérialisme, et crut l'avoir trouvé dans la théorie psychico-somatique ; mais ce genre de solutions éclectiques a d'ordinaire peu de succès. Dans le monde de la philosophie, comme dans celui de la politique, on peut voir les extrêmes se réunir parfois, mais c'est toujours pour combattre le juste milieu, jamais pour le fonder.

En 1843, notre savant et vénéré maître, M. Baillarger, s'assurant Cerise et Longet, l'un médecin philosophe, l'autre physiologiste éminent, fondait les *Annales médico-psychologiques*. Renaudin en devint bientôt un des plus assidus collaborateurs. La première œuvre qu'il y inséra fut une série d'articles sur l'administration des asiles d'aliénés.

Au milieu des tâtonnements de toute nouvelle organisation à son début, il est bon que la voix de l'expérience se fasse entendre. Lois, ordonnances, règlements ministériels, forment une sorte de dédale où l'on risque de s'égarer à moins d'un guide expérimenté. Ce rôle de guide, de commentateur, Renaudin semblait l'ambitionner pour tout ce qui concerne la législation sur les aliénés, et il sut le remplir avec succès.

Les nombreuses difficultés qu'il rencontra dans sa direction de l'asile de Fains, lui inspirèrent son premier travail. Il y étudie successivement les bases de la constitution de tout établissement d'aliénés, son organisation administrative et médicale, la formation de son budget. A propos du rapport annuel obligatoire, il dit ces sages et éloquentes paroles : « Cicéron définissait l'orateur, *Vir probus, dicendi peritus*. Nous proposons au directeur-médecin d'un asile un adage analogue : *Vir probus, medendi*

« *peritus*. Ces deux qualités résument tous ses devoirs, et
« tracent la marche qu'il doit suivre dans l'accomplisse-
« ment de devoirs souvent pénibles, mais toujours hono-
« rables. Une grande mission de bienfaisance lui est con-
« fiée, et il en doit un compte minutieusement exact, non
« seulement à l'autorité publique, dont il est le délégué,
« mais encore à ses concitoyens, qu'il importe d'éclairer
« sur les importantes questions que soulève l'administra-
« tion des asiles. »

Pour lui, ses préoccupations d'administrateur ne lui font pas oublier ses devoirs de médecin et de savant ; il trouve le temps d'écrire une étude médico-légale sur l'isolement et l'interdiction des aliénés, et il entreprend de faire connaître aux lecteurs des *Annales* les travaux publiés par les médecins aliénistes allemands dans leur recueil spécial. Dans ce travail d'analyse, toujours un peu ingrat, Renaudin sut mettre une note personnelle ; les idées des autres étaient pour lui l'occasion de développer les siennes, de faire connaître les faits de sa pratique, et d'opérer un utile contrôle sur ses opinions. Sa critique, toujours bienveillante, était juste, éclairée et sans parti pris.

Lorsqu'un homme mène de front des occupations aussi multiples, il n'est pas sans intérêt de rechercher comment il parvenait à y suffire. De même que le sage de La Fontaine, Renaudin était ménager du temps, et pour en perdre le moins possible, il s'appliquait à se soustraire à ces distractions mondaines, qui enlèvent à la science tant de moments si précieux. Les connaissances étendues, la profonde érudition ne s'acquièrent que par un labeur continu et incessant ; mais pareilles à ces semences qui ne germent et ne lèvent que dans un terrain approprié, elles ne produisent d'heureux résultats que mises en œuvre par un esprit à la fois fécond et pénétrant. Ces qualités de l'intelligence, Renaudin les possédait à un haut degré ; il y joignait une mémoire extraordinaire et une étonnante facilité de travail. Lorsqu'il se mettait à un ouvrage, il écrivait, au courant de la plume, deux, trois heures de suite ; puis, après une promenade qui ne dépassait guère une trentaine de minutes, il se remettait aussitôt à écrire pendant plusieurs heures consécutives. On assure que toutes ses œuvres ont été ainsi fondues d'un seul jet et que ses manuscrits ne renferment que très peu de corrections.

Cette manière de travailler, qui présente certes des avantages, exige une très grande contention d'esprit et une mémoire très sûre, pour arriver à conserver dans la composition l'ordre et l'enchaînement que les idées avaient reçus pendant leur élaboration. Mais un tel procédé a aussi ses inconvénients. Une rédaction si rapide, rarement corrigée, est loin d'être châtiée ; de là souvent de la prolixité, un style pesant, des répétitions, tous défauts qui nuisent à la clarté et auxquels il est parfois aisé d'obvier en se fiant moins à la facilité.

Les capacités administratives dont il donnait la preuve, ses importantes publications scientifiques, en appelant l'attention sur Renaudin, devaient le faire choisir pour un poste difficile, où ses talents d'organisateur pourraient se donner libre carrière.

Par suite des guerres nombreuses qui désolèrent l'Europe durant tout le seizième siècle, la peste y était devenue en quelque sorte endémique. Qui ne connaît les horreurs qui furent, au quatorzième siècle, l'accompagnement de ce terrible fléau ? « On mourait sans serviteur, écrit Guy de Chauliac, on était enseveli sans prêtres ; le père ne visitait pas son fils, ni le fils son père ; la charité était morte, l'espérance anéantie. » Ce sombre tableau perd un peu de son exactitude, lors des épidémies ultérieures, grâce à l'amélioration dans les mœurs publiques, grâce aussi à une connaissance plus précise des symptômes et de la marche de la maladie. La science et la charité — l'une éclairant l'autre — parviennent à faire de ces miracles.

La Lorraine fut un des pays le plus fréquemment dévastés par la peste ; ce fut aussi un des premiers peut-être où se créa, vers l'an 1600, un hospice spécialement affecté aux pestiférés. Il fut érigé à Maréville, distant de quelques kilomètres de Nancy, et eut pour fondatrice la dame Anne Fériet, veuve d'Antoine Go, seigneur de Novian-sur-Moselle ; ce nom mérite d'être conservé dans les annales des œuvres charitables.

Transformé par le duc Léopold en hospice général et même en manufacture de bas au métier, Maréville devait arriver à de plus hautes destinées. Stanislas Leczinski, en prenant possession de la souveraineté de la Lorraine, faible dédommagement de la perte d'une couronne, avait l'esprit

hanté par les splendeurs qu'il avait admirées à la cour de son royal gendre Louis XV. Imiter Paris et surtout Versailles, telle était sa grande préoccupation. Paris avait à sa porte Charenton, qui servait à la fois de maison d'aliénés et de prison d'Etat; Nancy devait avoir son Charenton. L'hospice de Maréville, par sa situation topographique, parut le mieux se rapprocher de son modèle; on y installa les fous et les épileptiques, et, avec ces malheureux, on enferma les personnes gênantes, ou considérées comme telles, dont le roi aimait à se débarrasser, selon la mode du temps, par une simple lettre de cachet. La Révolution fit disparaître la prison d'Etat, mais maintint l'asile d'aliénés qui, grâce à des transformations successives et intelligemment conduites, est devenu l'un des plus importants de notre pays.

Lorsque, en 1849, Renaudin en prit la direction, l'asile de Maréville consistait en un ensemble de bâtiments discordants et peu appropriés à leur destination; aucune des améliorations que la science et l'expérience avaient reconnues utiles pour le traitement des aliénés n'y avait été tentée. On peut dire sans exagération que tout était à faire; mais les difficultés d'exécution étaient nombreuses et de plus d'une sorte. Quelles qu'elles fussent, elles n'avaient pas de quoi rebuter une nature aussi énergique et aussi persévérante que Renaudin.

Sans perdre un instant, il se met à l'œuvre et, après avoir combiné un plan d'ensemble, il détruit les bâtiments inhabitables, les remplace par des habitations saines et spacieuses; il établit des quartiers distincts pour les diverses catégories de malades, remplace les préaux nus et arides par des jardins accidentés; il supprime les loges, améliore le service des bains, crée une buanderie et une lingerie, réorganise enfin tous les services généraux.

A côté de cette rénovation purement matérielle, s'en produit une autre d'une importance non moins grande: les différents organes de l'administration sont mieux adaptés au but à atteindre; le corps des infirmiers, bien hiérarchisé, gagne en discipline et en sentiment du devoir; des ateliers sont ouverts, où le malade, exerçant son métier, trouve un aliment à son activité; enfin la culture des jardins, les services intérieurs, occupent un grand nombre

de bras, et le désœuvrement, qui jusque-là était la règle, n'est plus que l'exception. L'asile, ainsi transformé, n'est plus une simple *renfermerie*, où l'on se contente de séquestrer les fous pour s'en débarrasser; c'est une véritable ruche où tous, malades et non malades, travaillent et produisent. Et Renaudin a eu raison de dire que « l'aliéné « est ainsi devenu l'agent de sa propre amélioration; il « rend, au milieu où il se trouve, tout le bien qu'il en « reçoit, et c'est de cet échange réciproque que résulte « un véritable progrès matériel et moral. »

Que de travaux et de veilles, que de luttes aussi suppose une telle œuvre de réorganisation! Renaudin, en homme désireux de mener à bien ce qu'il avait résolu, ne se laissait pas arrêter par les obstacles, il les franchissait ou les tournait, selon les circonstances. Il mettait au service de ses desseins une ardeur infatigable et un grand esprit de suite. Mais quoique occupé de soins si sérieux, il sut prouver par l'exemple que les travaux administratifs, quelque absorbants qu'ils puissent être, et les spéculations scientifiques ne sont pas absolument incompatibles. Toutes les années sont pour ainsi dire marquées par la publication d'un mémoire intéressant. Tantôt l'auteur étudie la question si controversée des intervalles lucides, tantôt il s'applique à bien caractériser l'influence pathogénique de l'insomnie, ou bien il cherche à porter quelque lumière dans la médecine légale de la monomanie.

Mais un esprit aussi réfléchi, aussi concentré que l'était Renaudin se contente difficilement de ce genre de travail à bâtons rompus qu'offrent les journaux et les séances des sociétés savantes : il lui faut le livre où il peut donner à ses idées tout leur développement et consigner le résultat de ses longues méditations. De ce besoin est né l'ouvrage intitulé : *Etudes médico-psychologiques sur l'aliénation mentale*.

Dans l'état actuel de la science, c'est une tâche, sinon vaine, du moins très délicate, d'édifier une théorie philosophique de la folie, ne donnant aucune prise à la critique, satisfaisant tous les observateurs, expliquant tous les faits. Qu'une pareille œuvre soit un jour accomplie, nous pouvons le désirer, sans trop oser l'espérer, car en des matières aussi complexes, il faut faire la part de l'inconnaissable, de ce qui est inaccessible à l'esprit humain. Mais si nous

nous rendons si bien compte des difficultés du problème, nous n'en estimons que davantage les tentatives, quelque hardies qu'elles soient, qui ont été faites pour le résoudre.

Renaudin, dans son essai de systématisation, part de ce principe : que pour apprécier la tendance de l'homme à la folie, pour caractériser nettement la nature de cet état pathologique, il est indispensable de se rendre un compte exact et rigoureux du jeu de nos facultés intellectuelles et morales. La psychologie est donc une introduction naturelle et nécessaire à l'étude des maladies mentales. Mais cette psychologie, quelle sera-t-elle ? Acceptera-t-on les idées de Condillac et de son école, ou bien prendra-t-on pour base les vagues aperceptions de Cousin et de ses disciples ? Quel que soit le choix auquel on se sera résigné, l'observation médicale s'en ressentira ; car tant vaut la psychologie, tant aussi devra valoir la pathologie.

Renaudin — nous l'avons déjà dit — essaie de faire cesser l'antagonisme des diverses doctrines matérialistes et spiritualistes, en créant la théorie psychico-somatique. « L'homme, selon lui, n'est ce qu'il est que par la liaison « intime et l'action harmonique de l'élément physique et « de l'élément moral. » Que cet équilibre harmonique vienne à se rompre, il peut se produire ou « la perversion criminelle aiguë ou chronique », ou bien l'aliénation mentale.

Ces principes, ces idées matresses, Renaudin en étudie le développement dans les questions les plus importantes de la psychologie normale et morbide : la raison, les sentiments, les rapports de l'homme avec le milieu qui l'entoure, d'une part, et, d'autre part, les hallucinations, la marche de l'aliénation mentale. Ce sont certes là des sujets du plus grand attrait pour le médecin et même pour le philosophe, et on ne peut que féliciter celui qui, se soustrayant aux préoccupations de la vie pratique, s'applique à les traiter. A ce point de vue, Renaudin mérite tous les éloges ; mais il est peu de ses lecteurs qui ne feront à son livre plus d'une objection et de forme et de fond. L'auteur, sans doute un peu gâté par la fréquentation assidue des médecins et philosophes allemands, leur emprunte trop souvent ce langage nuageux, qui sied peut-être à la métaphysique, mais n'est pas celui de la science. La science aime la clarté, la précision, la propriété des mots, toutes

qualités littéraires qu'on trouve à un si haut degré dans les immortelles œuvres des génies scientifiques de notre pays.

Un philosophe du siècle dernier donnait à ceux qui ont l'esprit assez étendu pour imaginer des systèmes et qui sont assez riches pour les vérifier par l'expérience, le même conseil qu'à son ami, s'il était attiré par les charmes d'une belle courtisane : *Laïdem habeto, dummodo te Laïs non habeat*. « Ayez un système; j'y consens, ajoutait Diderot, mais ne vous en laissez pas dominer. »

Il n'en était pas ainsi de Renaudin; il avait son système, et à ce système devaient se plier tous les phénomènes intellectuels, normaux ou morbides; la théorie psychico-somatique, par la prédominance de l'un des éléments de ce dualisme, expliquait la monomanie comme la lypémanie, la manie de même que la démence.

Quelles que soient les critiques que l'on peut faire de cette partie de l'œuvre de Renaudin, elle occupera une place importante dans l'histoire de l'évolution des idées en médecine mentale. En synthétisant en quelque sorte les opinions de l'école psychologique, elle nous en montre à la fois et la force et la faiblesse. Aujourd'hui que ses destinées sont accomplies, qu'à la méthode préconisée par elle en a succédé une autre plus scientifique, nous devons être juste pour nos prédécesseurs qui, en plus d'un point, nous ont ouvert la voie par leurs découvertes et souvent au détriment de leur propre doctrine.

La réorganisation de Maréville et les travaux scientifiques n'étaient pas les seules préoccupations de Renaudin; il en avait d'autres qui, pour être d'un ordre moins relevé, n'étaient pas sans lui donner de graves soucis. Les établissements d'aliénés ne sont pas toujours les asiles de la paix et de la concorde, et on peut être convaincu que si Charles Fourier y avait vécu, jamais ne lui serait venue l'idée du phalanstère. De ce manque d'union, personne ne souffrait plus que Renaudin. Homme du devoir, il avait la conviction profonde que l'intérêt des malades exige de la part de tous la règle, la discipline, le concert, l'esprit de justice. Tous ses efforts avaient tendu à obtenir ce résultat, et ils furent couronnés de succès, en grande partie du

moins, car il resta toujours certains éléments réfractaires qui, se plaisant aux conflits, aimaient à les susciter.

On a dit d'un célèbre homme d'Etat de notre époque, qu'il était un roseau peint en fer ; ce n'était pas le cas de Renaudin, car il n'avait pas seulement l'illusion de l'énergie. Cette marque de caractère, qui n'est souvent que l'effet de l'entêtement, était chez lui la conscience profonde du devoir à accomplir. En homme rigide et tout d'une pièce, jamais il ne pliait ; il méprisait, un peu trop peut-être, cette sorte de souplesse, qui sait s'accommoder aux temps et aux personnes, et il ne transigeait pas avec ce qu'il considérait comme juste et équitable. Avec un pareil adversaire qui, pour avoir presque toujours raison dans le fond, se donnait quelquefois tort dans la forme, les luttes devaient finir par s'envenimer. Un *Quos ego* ministériel y mit fin, en dispersant les combattants. Renaudin fut envoyé à Auxerre.

Il quitta Maréville le cœur serré, mais non sans espoir de retour. L'asile dont il allait prendre la direction médicale et administrative venait d'être reconstruit sur de nouveaux plans par M. le docteur Girard de Cailleux ; il trouva là, complètement exécutées, les améliorations qu'il projetait pour Maréville, et il put se livrer exclusivement au soin des malades et aux recherches scientifiques. Il ne jouit que peu de temps de cette vie de tranquillité, qu'il n'avait pas d'ailleurs recherchée et qui seyait peu à son caractère ; au bout de dix-huit mois à peine, il fut envoyé en mission extraordinaire à l'asile de Dijon.

Lorsqu'en juillet 1861, il prit possession de son nouveau service, il ne trouva partout que désordre et discorde. Armé de pleins pouvoirs, il n'hésita pas à tailler dans le vif ; puis, grâce à des mesures sagement conçues et exécutées avec énergie, il parvint en peu de temps à redonner une impulsion normale à ce mécanisme si délicat et si compliqué, qui constitue l'organisation de tout établissement d'aliénés.

Renaudin, mieux que personne, connaissait la loi de 1838 dans ses moindres détails ; une longue pratique lui en avait fait saisir et le fort et le faible ; l'administration et le budget des asiles n'avaient plus de secrets pour lui. Une expérience de tous les jours lui avait fait connaître les nombreuses difficultés avec lesquelles médecins et direc-

teurs peuvent être aux prises; elle ne devait pas être perdue.

Les *Commentaires médico-administratifs sur le service des aliénés* sont une de ces œuvres auxquelles les juges les plus difficiles donnent leur approbation. Toutes les questions concernant la législation et l'administration des asiles y sont successivement passées en revue et résolues avec une précision en quelque sorte mathématique. Les hommes les plus compétents en matières financières se plaisent surtout à louer le talent de l'auteur dans son exposition des règles à suivre pour établir le budget. Aucun détail n'est omis, et cette partie du livre est certes le guide le meilleur pour le jeune médecin qui débute et à qui incombe d'établir pour la première fois les recettes et les dépenses d'un établissement d'aliénés.

Mais ce qui nous importe surtout dans un pareil ouvrage, c'est l'esprit dans lequel il a été conçu. S'inspirant de ces paroles souvent citées de Falret père : « Dans un asile « d'aliénés, j'ai beau chercher les fonctions d'un directeur « et celles d'un médecin, je ne trouve que celles d'un médecin », Renaudin se déclare partisan convaincu de la réunion des deux fonctions. Dans l'intérêt même des malades, il faut, selon lui, « associer d'un manière intime la « direction morale et la direction matérielle, et obtenir « par ce moyen la consécration de l'unité de pensée et « d'action qui, seule, peut assurer la marche régulière de « tous les services. »

C'est là, sans aucun doute, la question la plus délicate et la plus controversée qu'ait soulevée l'organisation des asiles d'aliénés. Malgré une expérience presque semi-séculaire, elle divise encore les esprits, et je ne crois pas que, pour employer un terme cher à Renaudin, on ait jusqu'ici trouvé une *formule* donnant satisfaction à tout le monde.

La publication de cet important ouvrage, la grande réputation qu'il avait acquise d'administrateur habile et expérimenté, valurent à Renaudin un honneur dont il sentit tout le prix : il devint le conseil de ses collègues plus jeunes que lui. Plus d'un, se trouvant dans l'embarras, fit appel à ses lumières, et par le retour du courrier recevait, en quelques phrases nettes et précises, la solution désirée. D'autres allaient le trouver pour lui exposer les difficultés en face desquelles les circonstances les avaient mis. Re-

naudin écoutait avec la plus bienveillante attention le récit qui lui était fait; puis, après quelques instants de réflexion, il reprenait la question à son point de vue, la débrouillait peu à peu des nuages qui semblaient l'obscurcir et finissait par indiquer la voie à suivre pour éviter les écueils. Aussi lorsque, regardant son interlocuteur par-dessus ses lunettes, il terminait en disant : « C'est limpide », on ne manquait pas de penser comme lui; la clarté s'était faite dans votre esprit. Quant au conseil qu'on emportait, on pouvait hardiment l'appliquer; il était toujours juste et pratique.

Le désir le plus cher de Renaudin allait recevoir pleine et entière satisfaction. Modeste dans ses ambitions, il ne demandait qu'une chose, revenir à Maréville, et y terminer l'œuvre commencée. Il n'attendit pas bien longtemps, car son exil prit fin au mois de juillet 1863. Sa joie fut vive de se retrouver dans cet établissement qu'il avait transformé, et au milieu de ce personnel qu'il avait créé et qui avait pour lui une affectueuse déférence.

Mais il ne perdait pas de vue la tâche qu'il avait à accomplir. Dès son retour, pour ainsi dire, il reprit la série, un moment interrompue, des améliorations dont il avait conçu le plan. Malheureusement, si son ardeur n'avait pas faibli, ses forces physiques commençaient à décliner. Les premières atteintes d'une affection intestinale mal définie venaient de se faire sentir. Après un hiver des plus pénibles, Renaudin sembla renaître à la vie, et durant l'été de 1864, il put reprendre la surveillance des travaux en cours d'exécution. Ce bien-être n'était qu'un instant de répit; la tumeur cancéreuse qui le rongait suivait sa constante et fatale évolution. Renaudin, qui comprenait la gravité du mal dont il était atteint, s'appliquait à donner le change à son entourage; il n'eut pas un moment de défaillance, s'intéressant jusqu'aux derniers jours aux moindres détails de son administration, et faisant même des projets d'avenir.

Après de longues et cruelles souffrances, il mourut le 1^{er} avril 1865, dans sa cinquante-septième année. Conformément au désir qu'il avait exprimé, ses restes ont été déposés dans le cimetière même de son cher Maréville, au milieu des malades dont le bien-être avait été l'objet de ses constantes préoccupations.

« Il faut aimer les aliénés pour être digne et capable de « les servir. » Cette belle maxime d'Esquirol, Renaudin en avait fait sa devise, et toute son existence la justifie. Il s'est dévoué à ces blessés de l'intelligence, parce qu'il les aimait. Sa vie fut utile. Grâce à des talents d'organisation de premier ordre, il attacha son nom à la reconstruction d'un de nos plus grands asiles ; penseur non sans originalité, il a écrit des œuvres dont on peut contester certains principes, mais qu'on ne lit pas sans fruit ; enfin, fait non moins important, il a su s'attacher des disciples fidèles qui ont conservé un culte pieux à sa mémoire. Est-il un homme de bien qui ne serait heureux de laisser après lui un pareil héritage ?

La séance est levée à 6 heures.

CHARPENTIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

Le « Mental Science ».

Année 1881.

Anal. par MM. DUMESNIL et PONS

TRAVAUX ORIGINAUX.

1. De l'épilepsie alcoolique; par M. Echeverria.

Ce travail considérable, qui a l'importance d'une véritable monographie, comprend une partie statistique, sur laquelle il nous faudra passer rapidement, et une partie descriptive.

Les recherches du savant médecin de New-York portent sur le chiffre imposant de 572 sujets, 307 hommes et 265 femmes. Sur ce nombre, 306 appartiennent à la classe pauvre, et 408 sont complètement privés d'instruction; 37 d'entre eux ne connaissent pas leurs parents.

Ces malades se divisent en trois grandes catégories. Dans la première, qui comprend 257 individus, l'auteur range ceux chez lesquels l'alcoolisme et l'épilepsie sont en relation directe. Chez les épileptiques de la seconde division, au nombre de 426, la névrose est le résultat des excès alcooliques associés à d'autres causes qui sont : la syphilis (67 cas), le traumatisme de la tête (42), la fièvre intermittente (2), l'insolation (9), l'abus du tabac (4), l'anxiété morale (5). Enfin dans la troisième catégorie sont classés 489 malades, chez lesquels le vice alcoolique a été consécutif à l'épilepsie, et a contribué à son aggravation.

L'hérédité a pu être étudiée chez 439 malades de la 1^{re} catégorie et 86 de la seconde. Il est à remarquer que les premiers comptaient des alcooliques, pour la plupart, dans leurs ascendants plus ou moins éloignés. On trouvait en même temps dans ces familles, des aliénés et des épileptiques. Dans cinq d'entre elles, il y avait des idiots.

M. Echeverria insiste sur l'aptitude qu'a l'intempérance des ancêtres à produire dans les générations successives l'aliénation mentale, l'épilepsie, l'imbécillité, les névroses diverses, et enfin le retour du vice alcoolique. Nous reproduisons textuel-

lement les conclusions suivantes, avec les chiffres qui leur servent de base.

1° Chez 422 hommes (39,73 p. 400) et 403 femmes (38,48 p. 400), c'est-à-dire chez les 39,33 p. 400 du nombre total des malades, on a constaté le vice-héréditaire.

2° L'alcoolisme des parents a engendré la prédisposition à l'épilepsie chez 56 hommes (18,24 p. 400) et 43 femmes (46,22 p. 400), soit une proportion moyenne de 47,30 p. 400 du nombre total.

3° L'alcoolisme des parents, associé à l'épilepsie ou à l'aliénation mentale, a été observé 49 fois chez les hommes et 54 chez les femmes, ce qui représente une proportion moyenne, pour les deux sexes, de 47,48 p. 400. L'épilepsie des parents, a été notée pour 39 hommes et 42 femmes; soit une moyenne de 45,73 p. 400 pour les deux sexes.

4° En réunissant les deux formes d'alcoolisme, chez les parents, on obtient respectivement une proportion de 20,40 p. 400 des hommes et 35,47 p. 400 des femmes, ou une proportion moyenne de 36,53 p. 400 du nombre total.

5° L'aliénation mentale ou l'épilepsie des parents, non associées à l'alcoolisme, a été notée chez 47 hommes (proportion 5,53 p. 400) et chez 9 femmes (proportion 3,39 p. 400), c'est-à-dire chez une proportion de 4,54 p. 400 de la totalité des épileptiques.

Il importe de retenir de ces chiffres la prépondérance de l'épilepsie héréditaire chez les femmes, comme cause prédisposante à l'épilepsie et au crime. Le docteur Henry Clark, dans son remarquable travail sur l'hérédité et le crime chez les criminels épileptiques, a fait des recherches intéressantes sur les épileptiques des deux sexes, et il établit que la névrose est surtout liée chez les hommes à l'alcoolisme des parents, tandis que chez les femmes, elle serait plutôt en rapport avec l'épilepsie et l'aliénation mentale.

Les chiffres fournis par M. Echeverria l'autorisent à contester cette assertion. D'après lui, l'alcoolisme des parents, notamment dans la lignée maternelle, joue un rôle prépondérant dans l'étiologie de l'épilepsie chez les femmes.

Malgré l'exiguïté de notre cadre, nous ne saurions nous dispenser de reproduire à cette place le curieux tableau relatif à la descendance de 415 alcooliques, 68 hommes et 47 femmes. Ces 415 individus ont eu 476 descendants: 282 garçons et 194 filles; 79 d'entre eux, âgés de vingt à quarante-sept ans,

jouissent d'une bonne santé. Il n'en est pas de même des 397 autres ; 23 sont mort-nés, 407 ont succombé à des convulsions dans leur enfance, et 37 à des affections diverses, 3 se sont suicidés, 96 sont épileptiques, 43 idiots de naissance, 49 maniaques ou hypocondriaques, 7 sont atteints de paralysie générale, 5 d'ataxie locomotrice, 26 d'hystérie, 23 de paralysie, 9 de chorée, 7 de strabisme.

On y compte enfin 49 scrofuleux et 3 sourds. L'influence héréditaire a pu être suivie à travers trois générations, où l'on a vu se produire tour à tour la folie, les névroses diverses, la dipsomanie et l'épilepsie.

Notre savant confrère passe successivement en revue une série de questions pleines d'intérêt que nous ne pouvons qu'indiquer ici. L'évolution de l'hérédité dans les familles ; l'âge auquel se manifeste la névrose convulsive ; les complications organiques qui viennent l'aggraver ; la proportion des enfants illégitimes ; les rapports de la dipsomanie et de l'épilepsie chez les malades de la 3^e division ; l'influence de la syphilis et du traumatisme sur le caractère des attaques, chez ceux de la seconde. Voilà autant de sujets consciencieusement traités, qui ne peuvent trouver place dans une analyse sommaire et dont nous recommandons la lecture. M. Echeverria s'est appliqué, dans la seconde partie de son travail, à tracer l'état pathologique de cette affection encore peu connue.

La dégénérescence graisseuse, qui est la lésion dominante de l'alcoolisme chronique, s'observe naturellement dans l'épilepsie alcoolique. Elle n'affecte pas seulement les centres nerveux, mais encore les viscères thoraciques et abdominaux. La substance corticale du cerveau et la moelle allongée en sont surtout atteintes, et l'on trouve parfois dans ces organes des corpuscules amyloïdes et d'abondants dépôts pigmentaires. Lorsque la syphilis ajoute son action à l'alcoolisme, il n'est pas rare de voir une augmentation de volume de régions circonscrites des hémisphères cérébraux, causée par l'hypertrophie locale du tissu connectif interstitiel. Il faut encore noter la production fréquente de néo-membranes de la dure-mère, et l'oblitération des sinus crâniens coïncidant avec la dilatation des plexus choroïdes.

Les attaques incomplètes sont rares chez ces malades ; à l'exception des syphilitiques et de ceux qui, ayant atteint une phase avancée de leur affection, sont tombés dans la démence paralytique.

L'épilepsie alcoolique se distingue surtout par des attaques franches, identiques à celles de l'épilepsie ordinaire, et des accès vertigineux ou maniaques qui lui appartiennent en propre et sur lesquels il convient d'insister. Le trouble visuel vertigineux coïncide avec une anxiété précordiale extrêmement pénible, qui peut avoir le caractère de l'angine de poitrine. Le malade peut alors tomber et perd le sentiment pendant quelques secondes. La pupille est le siège de contractions et de dilations alternatives, d'autant plus apparentes qu'il fait des efforts pour s'arracher à cet état. C'est à ce moment qu'il se livre à des impulsions violentes, irrésistibles. On est frappé ensuite de la rapidité avec laquelle ces phénomènes disparaissent, faisant place à un état lucide pendant lequel le malade garde le souvenir des actes qu'il a commis et des hallucinations qui les ont provoqués. Le côté le plus saillant de ces accès est, en effet, l'hallucination terrifiante de l'ouïe et de la vue. On les voit encore se produire, selon la remarque de Morel, longtemps après que les malades se sont corrigés de leurs habitudes d'alcoolisme. Ce point a son importance en médecine légale.

L'examen ophtalmoscopique est souvent négatif dans l'alcoolisme sub-aigu, même lorsqu'il se complique d'amblyopie et de cécité des couleurs. Les altérations du fond de l'œil apparaissent surtout dans les cas de syphilis et de traumatisme. On a noté alors, au premier degré, la congestion et l'œdème de la papille, et plus tard l'atrophie qui a pu être conjurée, d'après l'auteur, par des injections hypodermiques de strychnine. Chose singulière, l'existence d'une névrite optique n'empêche pas les hallucinations de la vue de se manifester. Chez quelques buveurs invétérés, la pupille est remarquablement contractée et réduite à un point.

La manie suicide n'est pas rare dans l'épilepsie alcoolique, elle s'associe presque toujours à la manie homicide. M. Echeverria a noté les tendances suicides chez 31 hommes et 22 femmes.

L'agitation maniaque et la fureur, qui compliquent les attaques, sont comparables aux troubles mentaux du *delirium tremens*, et ne réclament pas une description spéciale; il est bon toutefois d'appeler l'attention sur un état mental qui est associé aussi bien aux accès spasmodiques qu'aux accès vertigineux, et dont le caractère est l'inconscience, comme dans l'épilepsie ordinaire. Tantôt cet état précède les attaques convulsives et aboutit au *delirium tremens*, tantôt il suit les crises

spasmodiques, qui sont généralement nocturnes, et alors le delirium tremens ne se produit pas. Cette forme mentale est propre aux buveurs qui ne s'enivrent qu'incomplètement, et chez ceux qui tombent dans l'alcoolisme sub-aigu ; elle précède, chez ces derniers, l'explosion du delirium tremens. Les individus qui s'alcoolisent à petites doses, souffrent habituellement de céphalée, d'accidents dyspeptiques, et la motilité est chez eux profondément troublée.

Ils présentent une association des actes inconscients automatiques avec des secousses dans les membres, du tremblement des lèvres et des paupières, la contraction et la dilatation des pupilles (pupilles épileptiques). En même temps, le pouls est mou, rapide et dicrote, la température s'élève, l'urine est rare, plus dense et parfois albumineuse. Le pénis est retracté pendant la durée de ces phénomènes. Un long et profond sommeil termine la scène et ramène l'état lucide, marqué par un oubli complet des faits accomplis. Cette perte de mémoire contraste avec la persistance du souvenir qui suit les accès vertigineux.

Tels sont les traits les plus saillants de la symptomatologie de l'épilepsie alcoolique, en ce qui la distingue de l'épilepsie ordinaire.

Les malades entachés d'hérédité sont surtout sujets aux attaques vertigineuses, compliquées d'actes violents et dépravés. Ces aliénés constituent un danger permanent pour la morale publique.

Le pronostic de l'épilepsie alcoolique est des plus graves. Outre que l'amendement des ivrognes est difficile à obtenir, l'abstinence des boissons ne produit pas toujours un résultat favorable, et l'on voit fréquemment la maladie se terminer par la démence, malgré la cessation des attaques convulsives.

2. *La Philosophie du non-sens* ; par M. Costelloe.

Cette étude a pour objet les rapports du non-sens ou de l'absurde avec les développements anormaux de l'esprit humain. Dans notre cerveau, conscient ou non, bouillonnent incessamment, dit l'auteur, une infinité de suggestions diverses, nées sous des impressions variées : contiguïté de temps ou de lieu, ressemblances fortuites, contrastes bizarres, etc., etc. L'homme sain d'esprit contrôle, dans l'état de veille, ce monde de pensées et choisit entre elles celles qui s'adaptent à sa vie intellectuelle et morale. Le résidu qui résulte de cette sélection constitue la somme de pouvoir psychique qu'on a désignée

sous le nom de *sens commun*. Permettre à l'esprit de s'égarer dans une voie qui s'écarte de ces idées rationnelles, c'est être excentrique. L'homme qui est incapable de procéder à la sélection de ses pensées est un aliéné.

Mais le sens commun, est le lieu commun. Certains individus privilégiés sont portés à s'approprier les combinaisons d'idées qui ne sont pas usuelles. Ce sont les génies, les poètes, les gens d'esprit et, à une échelle inférieure, les originaux vulgaires. Cette conception explique la parenté du génie et de la folie. La distinction entre les deux repose sur la faculté donnée à l'homme de génie de contrôler les idées excentriques qui lui viennent, tandis que l'aliéné est le jouet des associations vicieuses. On constate chez les gens spirituels, les faiseurs de mots, la même aptitude à faire une sélection anormale. Le loustic vulgaire ne fait que mettre à jour les suggestions bizarres de son esprit.

M. Costelloe étudie, avec ces données, le rôle important joué par l'absurde dans l'éducation du premier âge. Chez l'enfant, la sélection du sens commun ne s'est pas encore faite, et pour lui, tout est merveilleux. Les contes de fées, les légendes, les histoires fantastiques sont destinés à éveiller son intérêt en l'amusant, et contribuent à son éducation intellectuelle et morale. Ce but, il faut l'avouer, était imparfaitement rempli par les vieux contes, mais ces dernières années ont vu naître une littérature spéciale qui marque un véritable progrès. Les livres qui paraissent aujourd'hui sont admirablement conçus et s'adaptent heureusement aux besoins de ces jeunes intelligences.

3. *Restraint chimique et alcool*; par le Dr Pritchard Davies.

Les disciples de Conolly ont aboli la contrainte, mais le progrès est contestable si on lui substitue le *restraint chimique*, et c'est là l'erreur grave dans laquelle sont tombés les aliénistes de notre temps.

L'auteur de ce mémoire, directeur d'un asile de 4,200 malades, est arrivé progressivement à supprimer dans son service l'usage des calmants ou hypnotiques. Son procédé est bien simple. Convaincu de ce fait que l'excitation des aliénés reconnaît pour cause principale la consommation de l'alcool, il a réduit d'abord, puis définitivement supprimé la ration de bière dans ses quartiers.

Cette boisson a été remplacée par de l'eau pure. Une telle

modification apportée au régime des aliénés a eu pour résultat, assure-t-il, la cessation absolue de l'état maniaque, et le chloral, la morphine, l'hyosciamine et *tutti quanti*, ont pu être oubliés dans les bocaux de la pharmacie. Pour réaliser cette réforme, qui a sa valeur économique, M. Pritchard Davies a su triompher adroitement des résistances de son entourage. Les malades agités, préalablement mis au régime de l'eau, ont reçu une potion d'eau aromatisée, munie d'une étiquette trompeuse, et le personnel a cru leur faire prendre le calmant réclamé par l'usage. Les malades ont parfaitement dormi, et la cause a été gagnée. Le succès obtenu par le directeur de l'asile du comté de Kent, jusqu'à un certain point paraît de bon aloi, mais la réforme radicale dont il est l'auteur sera-t-elle réalisée dans les autres asiles de son pays? Est-ce désirable même en ce qui concerne le régime diététique?

4. *L'Hypnotisme redivivus*; par le Dr Hack Tuke.

Le titre original de ce mémoire est une allusion aux vicissitudes par lesquelles a passé l'hypnotisme, proscrit par les savants du temps de Braid, réhabilité récemment par le professeur Preyer devant l'Association médicale anglaise. Notre savant confrère fait une étude critique des phénomènes qui caractérisent cet état nerveux, dont la nature a soulevé tant d'opinions contradictoires.

Le professeur Heidenheim, de Breslau, a fait des recherches dans un esprit vraiment scientifique, et il est arrivé à conclure que la cause de l'hypnotisme réside dans la suppression de l'activité des cellules de l'écorce cérébrale, produite par la stimulation des nerfs de sensibilité générale ou spéciale. Le célèbre professeur rejette la théorie dite vasculaire, qui a pour elle M. Carpenter. On sait en quoi elle consiste: le centre psycho-moteur, influencé par la fatigue des muscles de l'orbite, ou par une attention soutenue, laisse le champ libre à l'action des nerfs vaso-moteurs dans une certaine étendue de l'écorce cérébrale; et il en résulte une perte de la fonction psychique associée à la recrudescence d'activité des autres centres de l'hémisphère. D'après cette théorie, la production des phénomènes hypnotiques est subordonnée à la diminution de l'apport du sang dans la masse cérébrale. Le professeur Heidenheim lui oppose les objections suivantes: Chez les personnes hypnotisées, la face est rouge et l'examen ophtalmoscopique ne démontre pas une contraction des vaisseaux. En outre, si l'on

soumet ces personnes aux inhalations amyliques, qui dilatent les vaisseaux du cerveau, cette manœuvre demeure sans effet sur l'état hypnotique.

Tout en faisant remarquer que les arguments du médecin de Breslau ne sont pas sans réplique, M. Hack Tuke croit devoir réserver la question et se borne à constater que le phénomène dominant de cet état nerveux est l'abolition de la volonté, et la paralysie des centres qui sont sous sa dépendance. Ferrier admet que les lobes frontaux exercent un pouvoir d'inhibition dans la vie normale, et il en conclut que c'est cette région qui est surtout frappée dans le sommeil nerveux. Cette assertion n'est pas rigoureusement vraie, puisque le sujet hypnotisé présente une exagération remarquable de ses facultés et surtout de la mémoire. Il pense comme on pense en rêve, et ses actes automatiques sont conformes à ses pensées. Ce qu'il a perdu, c'est la spontanéité. Le somnambule a des idées réflexes. Ses idées, au lieu de lui appartenir en propre, sont le produit d'une impression extérieure, et la volonté n'existe plus. Enfin, l'abolition de la sensibilité générale détermine, par compensation, l'hyperesthésie des autres sens.

Après une digression instructive sur la théorie des centres d'inhibition, du professeur Ferrier, M. Hack Tuke examine les conditions dans lesquelles se produit le sommeil somnambulique. Il constate qu'on peut l'obtenir par l'application de la main chauffée sur la face. Pour interpréter ce phénomène d'après les idées du Dr Braid, il faut admettre que dans cette expérience l'excitation du trijumeau remplace celle du nerf optique.

Notre confrère rapporte plusieurs expériences qu'il a faites en présence d'un grand nombre de savants sur des volailles et des grenouilles. Cette partie de son travail, qui est la plus originale, ne se prête pas à une analyse sommaire. Nous noterons seulement qu'il a réussi par des manœuvres connues, et déjà décrites, à plonger ces animaux dans un état de mort apparente, et qu'il attribue à la terreur un rôle prépondérant dans la production de ce phénomène.

L'exagération de l'irritabilité réflexe (état cataleptique), les troubles mentaux qu'on fait dépendre d'une influence magnétique, la suppression de la spontanéité, qui a pour résultat l'asservissement du sujet au magnétiseur, la suggestion des rêves et des actes coordonnés par ce dernier, sont tour à tour passés en revue par notre distingué confrère. Il fait la remarque

que l'automatisme est le fait dominant de l'hypnose. Le sujet est incapable de cacher ses idées, elles se traduisent immédiatement par des actes.

Quelques réflexions sur l'hypnotisme unilatéral (Heidenheim), la production simultanée de l'hémi-léthargie et de l'hémicatalepsie (expérience de Lépine), et sur la cécité des couleurs (Charcot) terminent ce remarquable mémoire.

5. *Enseignements du sphygmographe dans la paralysie générale des aliénés*; par M. Bewan-Lewis.

Les observations de ce praticien portent sur quarante malades, divisés en deux groupes présentant des états opposés de la tension artérielle. Nous avons trouvé dans son travail une innovation assez importante : la pression nécessaire pour obtenir le tracé, ainsi que l'occlusion de l'artère a été notée dans chaque expérience. C'est un complément utile de l'observation sphygmographique. Un certain nombre de tracés sont imprimés à la fin de ce chapitre.

Le premier groupe de malades représente le petit nombre. Leur tracé offre les particularités suivantes : ligne ascendante verticale assez élevée, aboutissant à un sommet aigu ou peu arrondi; puis la descente s'opère brusquement ou tend à la formation d'une courbe. Cette ligne de descente est courte, à direction oblique. Au niveau de l'encoche aortique, cette ligne se relève subitement et indique un dicrotisme assez bien marqué. Ce sphygmogramme correspond par conséquent, d'une part, à une pression cardiaque énergique, de l'autre, à une faible tension artérielle.

Le deuxième groupe de malades, de beaucoup le plus nombreux, fournit des indications entièrement différentes. La ligne ascendante du tracé, très courte, n'est pas verticale, mais inclinée à droite. La partie intermédiaire entre l'ascension et la descente, que nos voisins désignent sous le nom imagé de « flot de marée » (tidal wave), est caractéristique. Elle est prédominante, fortement convexe et soutenue; sa concavité regarde directement en bas et, pour quelques sujets, on ne sait à quel endroit finit la ligne d'ascension et où cette seconde partie commence. Dans d'autres tracés, cette partie est horizontale. Enfin la ligne descendante se distingue par l'absence presque complète du crochet dicrotique. L'interprétation physiologique de ce tracé est la suivante : faiblesse de l'impulsion cardiaque, tension artérielle plus élevée. Ce dernier caractère est encore

rendu plus évident par la pression plus grande qui est nécessaire pour obtenir le tracé sphymographique.

A la fin de ce travail on trouve, à côté de quelques sphymogrammes de paralysie générale considérés comme types, d'autres tracés comparatifs empruntés à la maladie de Bright, à l'hypertrophie cardiaque avec insuffisance, à l'épilepsie, à la manie chronique, à la démence aiguë, à l'hydrothorax, à la sclérose multiple et, enfin, à des individus à l'état normal et soumis ensuite à la digitale.

6. *Localisation cérébrale démontrée par un cas de blessure du cerveau; par le Dr William Julius Mickle.*

Le sujet de cette observation est un militaire qui, trois ans environ avant son admission, a fait une chute de cheval et s'est fracturé le crâne. Il a eu consécutivement des attaques d'épilepsie nocturnes et des accès d'aliénation mentale. Il est tombé progressivement en démence et a été atteint, en dernier lieu, d'hémiplégie droite. A son entrée, on constate du côté du système moteur les troubles suivants : la face présente une paralysie incomplète et la préhension est gênée. Dans la marche le talon droit râcle le sol et la jambe décrit un cercle. La paralysie est plus marquée au membre inférieur. Enfin on observe du même côté une obtusion de la sensibilité et l'abaissement de la température. Cet homme a eu dans l'asile des attaques d'épilepsie nocturnes qui ont échappé à l'observation. Dans les derniers temps, l'hémiplégie s'est accentuée, surtout au membre inférieur, et l'on a constaté une légère déviation de la bouche à droite, et de la langue à gauche.

L'autopsie très soigneusement faite est relatée avec de grands détails. Nous en détachons ce qui intéresse la question des localisations cérébrales. Au niveau de la fracture et suivant la même direction, la substance grise est atrophiée et détruite. L'altération occupe une ligne qui s'étend de la grande scissure longitudinale, en un point situé à cinq pouces du sommet du lobe frontal, et se dirige en bas et en avant sur l'hémisphère gauche pour se terminer à deux pouces et demi de l'extrémité du même lobe. Les régions envahies sont : la partie antérieure et moyenne du lobule postéro-pariétal, la partie supérieure de la pariétale ascendante, une portion considérable du tiers moyen de la frontale ascendante, la partie postérieure de la seconde frontale et enfin la lésion se termine au sillon frontal inférieur.

Dans cette observation, la zone motrice corticale était donc le siège d'altérations qui rendent assez bien compte des troubles moteurs relevés par l'examen clinique. Toutefois, elle n'est pas entièrement démonstrative et ne s'adapte qu'incomplètement aux idées du professeur Ferrier. Un phénomène demeure, en effet, inexpliqué chez ce malade, c'est la prédominance, sur le membre supérieur, de la paralysie du membre inférieur, en présence des graves altérations de la partie moyennée de la circonvolution frontale ascendante.

Mais cette observation mériterait d'être reproduite textuellement.

7. *Conditions nécessaires à l'éducation efficace des imbéciles; par le Dr David Brodie.*

L'auteur recommande l'exemple des États-Unis qui sont à la tête du mouvement en faveur de ces malheureux déshérités. Douze États, représentant une population de plus de 21 millions d'habitants, ont pourvu à ce genre d'assistance et ont créé des établissements où sont instruits 2,330 élèves. Sans les charges occasionnées par la guerre, l'assistance des imbéciles serait aujourd'hui complète en Amérique.

L'expérience a démontré les bienfaits de l'éducation pour les dégénérés. Privés d'éducation, ils forment une classe improductive; grâce à elle, ils deviennent une valeur dans l'ordre social. D'après M. Wibbur, 75 p. 400 des idiots sont perfectibles; les autres deviennent pour leurs familles une charge si onéreuse qu'il convient, dans l'intérêt commun, de les recueillir dans des établissements de bienfaisance. Au point de vue économique, l'utilité de l'assistance est démontrée; elle ne l'est pas moins au point de vue moral, et M. Brodie établit par des chiffres qu'une proportion considérable de criminels se recrutent parmi les imbéciles du royaume. Les enfants d'une organisation inférieure doivent être élevés d'après un autre système pédagogique que celui de l'école ordinaire, et c'est l'ignorance de ce principe qui a fait des criminels de ces enfants qu'on a voulu soumettre aux règles de l'éducation commune.

Le système d'éducation des imbéciles est, de même, incompatible avec leur réunion dans d'immenses asiles construits à grands frais. En effet, le fondement sur lequel doit reposer l'éducation de ces dégénérés est le traitement individuel. Au lieu de les rassembler dans de vastes établissements, il cou-

vient, au contraire, de les réunir en petits groupes (50 au plus), et les soins sont alors appropriés à l'individu, au lieu de s'adresser à la masse.

L'auteur entre dans des détails minutieux sur les procédés d'instruction qui s'adaptent à ces élèves. L'éducateur devra se mettre à leur portée et partira de plus bas, dans ses explications, que pour les enfants ordinaires. Il s'attachera surtout à développer les sens. M. Brodie formule, en terminant, un vœu, c'est que les idiots soient soustraits à la juridiction aliéniste et placés sous l'administration des écoles qui a seule qualité, selon lui, pour accomplir la réforme proposée.

8. *De l'hypertrophie du cerveau chez les imbéciles ;*

par M. Fletcher-Beach.

Ce mémoire a été lu le 4^{or} décembre à l'Association médico-psychologique. L'auteur attribue cette affection, avec Rokitsanski, à la production excessive de matière granuleuse dans le tissu cérébral. Il a constaté, en outre, le développement anormal des vaisseaux et la présence de nombreux leucocytes. La substance blanche offre l'aspect du blanc d'œuf durci (Andral), et l'altération siège principalement aux deux hémisphères. Elle envahit quelquefois le corps strié et la couche optique, rarement le cervelet et la protubérance : aucun des sujets observés par M. Fletcher-Beach ne présentait de la sclérose, ce qui ne s'accorde pas avec les idées de MM. d'Espine, Picot et Brunet, qui admettent deux formes de la maladie suivant qu'elle se complique ou non de cette lésion de structure.

Les principaux symptômes sont la céphalée avec exacerbations, l'excitation suivie de coma, l'arrêt du développement intellectuel, la gêne de la démarche, les convulsions. Ils ont un caractère plus grave chez les adultes, dont la boîte crânienne n'est plus susceptible d'extension. Andral admet deux périodes dans la maladie : une période chronique à forme bénigne et une période aiguë marquée par des phénomènes de compression cérébrale. L'appareil symptomatique diffère suivant que le crâne se développe ou non. Dans le second cas, l'hyperhémie vient s'ajouter à l'hypertrophie et alors surviennent des attaques convulsives. Elles ont déterminé la mort chez trois des malades observés, deux ont succombé dans le coma ; les autres ont été emportés par des complications bronchiques ou intestinales. Aucun de ces malades n'était scrofuleux ; deux comptaient des phthisiques dans leur famille. Huit observations, dont sept

avec autopsie, donnent à ce travail une sérieuse valeur. On y trouve un tableau indiquant le poids des cerveaux hypertrophiés comparés aux poids moyens des cerveaux d'individus du même âge, d'après les tables des D^{rs} Vims et Boyd, et les observations de l'auteur lui-même. Il s'est appliqué, en terminant, à poser le diagnostic différentiel de l'hypertrophie du cerveau et de l'hydrocéphalie. Les principaux caractères de l'hypertrophie cérébrale sont : un développement généralement moindre, plus marqué aux arcades sourcillères, la forme carrée du crâne, l'absence d'élasticité des fontanelles où existe souvent une dépression. Enfin la distance des yeux est normale, tandis qu'elle est exagérée chez les individus atteints d'hydrocéphalie.

9. *Exemples d'hérédité*; par M. James Dunlop.

C'est l'histoire d'une famille de onze enfants dont sept imbéciles, au sein de laquelle le vice héréditaire a pu être suivi à travers quatre générations. Voici, d'après le curieux tableau que nous avons sous les yeux, les traits saillants, qui distinguent les individus de cette famille.

Première génération : Un homme excentrique marié à une femme d'une mentalité normale. Deuxième génération ; quatre personnes : 1^o une fille simple, plus tard mariée et donnant le jour à un garçon sain d'esprit; 2^o un garçon bien doué; 3^o un garçon atteint de débilité mentale; 4^o un garçon excentrique, hizarre et un peu simple, marié plus tard à une femme sensée, intelligente, nullement portée au nervosisme. Tous deux arrivent à un âge avancé et donnent le jour à onze enfants. Troisième génération : 1^o un imbécile mort à l'âge de soixante-neuf ans d'une péritonite compliquant une hernie congénitale; 2^o une fille normalement douée, actuellement vivante; 3^o une fille imbécile morte à l'âge de douze ans; 4^o un garçon idiot, vivant, âgé de soixante-huit ans; 5^o un garçon idiot, mort de marasme à cinquante-six ans; 6^o un garçon imbécile, ayant succombé à soixante-un ans à une carie du pied; 7^o un garçon sain d'esprit mort de phthisie à quarante-quatre ans, après avoir été père d'une fille intelligente, qui est emportée à son tour par l'affection tuberculeuse à l'âge de la puberté; 8^o un garçon normalement doué mort à cinquante-cinq ans d'une bronchite chronique, avec épuisement nerveux. Il s'est uni à une femme d'une intelligence normale et de ce mariage

est né un imbécile actuellement âgé de dix-huit ans; 9° un imbécile mort à quarante-cinq ans de phthisie; 10° un garçon d'une mentalité normale ayant donné issue à huit enfants, tous exempts de maladie nerveuse; 11° un imbécile mort à l'âge de quatre ans.

En résumé, cette troisième génération comprend, sur onze enfants: deux idiots, cinq imbéciles et quatre individus d'une organisation normale. Parmi ces derniers, trois ont eu des enfants. La fille du premier est morte phthisique, comme son père; le fils du second est frappé d'imbécillité; le troisième mariage seul, qui a donné issue à huit enfants, a fourni une quatrième génération respectée par la tare héréditaire.

10. *Aliénés criminels à Ceylan*; par M. Plaxton.

Cette courte note nous fait connaître que, dans ce pays, les aliénés criminels sont traités sur le pied d'une responsabilité partielle. Le règlement de l'asile prescrit qu'aucune atténuation aux rigueurs de l'emprisonnement et de la discipline pénale ne doit être accordée à ces malades, à moins qu'elle ne soit exigée par le traitement médical. M. Plaxton émet quelques réflexions fort justes sur cette classe d'individus qu'on divise en trois catégories, suivant qu'ils ont commis le crime en état d'aliénation mentale; qu'ils ont été déclarés aliénés au cours de la procédure, ou qu'ils ont perdu la raison après la condamnation, ayant commis l'acte en pleine possession de leurs facultés. Laissant de côté la gravité de l'offense, l'auteur serait plutôt partisan de la classification suivante: 1° ceux qui étaient réfractaires aux lois; 2° ceux qui leur obéissaient habituellement, lorsqu'ils jouissaient de leur raison. Conformément à cette donnée, on trouverait que la majorité de la première et de la seconde catégorie de la première classification, était habituellement soumise aux lois, et que la majorité de la troisième catégorie y était réfractaire.

Les deux grandes classes des aliénés criminels devraient être séparées.

Quand il s'agit d'individus jouissant de leur raison, on considère partout comme une faute de confondre dans la prison ceux qui se sont montrés habituellement respectueux de la loi et ceux qui lui ont ordinairement désobéi.

Il ne serait pas moins blâmable d'établir une semblable promiscuité lorsqu'il s'agit d'aliénés.

41. *Méthode de Gudden pour l'examen histologique du système nerveux central*; par M. James Hislop.

Ayant eu l'avantage d'étudier dans le laboratoire du professeur allemand, le Dr Hislop donne une description du procédé technique employé dans ce genre de recherches.

Le professeur Gudden fait usage d'un microtome de son invention, qu'il a décrit dans le journal *Archiv für Psychiatrie*, et qui offre les particularités suivantes: le cylindre qui contient la pièce à examiner est entouré d'une auge plate que l'on emplit d'eau, ce qui permet de faire les sections sous le liquide. Après la section, la coupe est portée dans le cristalliseur au moyen d'un plateau en fil de fer. Les procédés de durcissement et de coloration ne diffèrent pas de ceux en usage dans nos laboratoires.

42. *Folie morale*; par le Dr G. Savage.

L'éminent aliéniste de Bedlam a coordonné dans ce travail les notions éparses que l'on possède sur cette forme de vésanie. Il distingue la folie morale en primitive et secondaire.

La première peut affecter la forme de l'excentricité morale ou de l'aliénation proprement dite. La perversité native de certains enfants offre le type le plus commun de la folie morale primitive, dont l'origine remonte au vice héréditaire, au nervosisme, à la syphilis, à des affections diverses des parents. Sous l'influence d'une prédisposition originelle et de l'éducation mal dirigée, les enfants *gâtés* voient leurs vices prendre un développement irrémédiable.

Ces jeunes aliénés se distinguent par la précocité de leurs passions sexuelles. Ils sont pervers de bonne heure et se montrent menteurs, voleurs et cruels. Ces instincts se développent chez eux en dépit de tous les moyens de répression, aucun traitement n'est capable de les amender. La puberté aggrave la situation, en ce qu'elles les rend incontrôlables. Leur séquestration est rigoureusement indiquée; mais elle n'est pas toujours possible. Le caractère saillant de la folie morale de la puberté est l'onanisme et les abus vénériens.

L'aliéné moral adulte, qui est presque toujours un héréditaire, est essentiellement dangereux pour la société, à cause de sa propension au crime. On observe parfois chez ce malade la dipsomanie sous sa forme la plus saisissante, avec le caractère d'actes pervers qui la compliquent. A côté des aliénés

éminemment dangereux dont il vient d'être question, il convient de placer les individus mal équilibrés qui offrent, avec des aptitudes remarquables pour certains actes intellectuels, des lacunes dans l'organisation morale qui les rendent insociables. Ils sont sur la limite frontière entre la folie et le crime, et leur conduite soulève fréquemment des problèmes délicats en médecine légale. Enfin, un dernier type d'aliéné moral est celui dont l'intelligence paraît intacte, mais qui est incapable de comprendre ses devoirs sociaux. Cette catégorie se compose d'héréditaires et d'individus qui ont déjà été aliénés.

La folie morale secondaire succède à une affection générale, à une maladie fébrile aiguë, à un accès d'aliénation mentale.

Dans ce dernier cas, elle naît surtout chez des malades entachés d'hérédité et suit habituellement les accès de manie. Elle consiste surtout dans la perte du contrôle intime, du caractère, du sens pratique. C'est une sorte de démence partielle. Le malade est inapte à se diriger et à suffire à ses besoins. Conscient de son impuissance, il s'adonne à la boisson; parfois on constate chez lui la perversion des sentiments naturels. Cette complication se produit d'habitude sous l'influence d'hallucinations et de troubles variés de la sensibilité, et alors la folie morale se complique de l'aliénation mentale ordinaire. Comme règle, on peut dire : 1° que la perversion des sentiments s'unit à la folie intellectuelle, étant ou une étape de son début, ou une étape de sa convalescence; étape de guérison qui malheureusement ne se complète jamais entièrement; 2° qu'elle peut être primitive, se manifestant dès l'enfance; 3° qu'elle peut être secondaire à une affection mentale; 4° qu'elle peut succéder à une maladie physique; 5° qu'elle peut être simple, c'est-à-dire avec léger affaiblissement ou absence d'affaiblissement mental; 6° se combiner avec toute espèce de variété de perte intellectuelle, et 7° que, lorsqu'elle se montre comme résidu d'une attaque de folie et persiste encore après une année, l'espoir d'une guérison ultérieure est aussi fragile que possible.

13. Moyens de déterminer les causes de l'aliénation mentale;
par le Dr Williams Huggard.

Ce mémoire, qui a été lu à l'Association médico-psychologique, est une critique très juste des procédés de tabulation

actuellement employés pour la détermination des causes de la folie.

On ne saurait accorder aucune confiance aux tableaux des inspecteurs. Ils sont pleins d'inexactitudes, imputables aussi bien à des erreurs d'observation qu'à des interprétations fautives. Il ne peut en être autrement. Ces tableaux sont dressés d'après les rapports d'asile, cela est vrai; mais ces rapports eux-mêmes sont basés sur des renseignements empruntés à des personnes étrangères, au moment de l'admission du malade. M. Huggard insiste sur la difficulté que peut présenter l'appréciation d'une étiologie souvent très complexe, et les erreurs que doivent forcément commettre les personnes incompétentes auxquelles est confié le soin de remplir le questionnaire d'entrée. Il expose ensuite un système de notation où l'on tiendra compte d'un grand nombre de faits négligés jusqu'à présent. Il ne suffira pas d'établir combien de cas de folie sont imputables à une cause et combien à une autre. Il faudra encore pouvoir déterminer dans la population le nombre total des cas dans lesquels une cause a été constatée et ceux où elle a produit l'aliénation mentale. Cette tâche, qui ne laisse pas que d'être ardue, ne peut être remplie que par la commission de recensement. De plus, il importe de tenir compte du temps pendant lequel une cause a fait peser son influence, et de ses rapports avec l'âge des malades et la durée de la vie. Les chiffres démontrent à quelles graves erreurs on s'expose en négligeant ces divers éléments. Notre confrère conclut en proposant : 1° de joindre au certificat d'admission une liste de toutes les causes supposées de l'aliénation mentale; les amis et les parents du malade se borneront à constater sur cette liste la présence ou l'absence de chacune d'elles; 2° de dresser chaque année, d'après les rapports des directeurs d'asile, des tableaux indiquant l'âge moyen auquel la folie s'est manifestée sous l'influence de chaque cause connue.

44. *L'étude de l'aliénation mentale*; par M. Charles Mercier.

Les médecins qui se sont adonnés les premiers à l'étude de l'aliénation mentale, après la réforme du traitement des aliénés, n'ont envisagé que le côté subjectif de cette étude. Considérant la folie comme un simple désordre de l'esprit, leurs recherches se sont bornées à l'examen des phénomènes psychiques et à la constatation de l'état de la conscience qu'ils

croyaient seul lié au trouble mental. Actuellement encore, nombre d'aliénistes distingués admettent cette nature de la folie dans la définition qu'ils en ont donnée (Copland, Combe, Hack Tuke, Bucknill). La commission de l'Association médico-psychologique anglaise a indiqué, en 1867, pour guider les praticiens, une formule qu'on peut regarder comme l'expression de l'aliénisme moderne. Cette formule prescrit l'examen séparé de l'état physique et mental du malade. L'auteur de ce travail la critique longuement et lui reproche d'être à la fois inexacte et incomplète. Elle est inexacte, parce que la folie n'est pas un état, mais une succession de phénomènes. Elle est incomplète, car si l'examen des troubles psychiques ne suffit pas pour donner une notion de l'aliéné, de même l'observation somatique (température, pouls, tracé sphymographique, analyse d'urine, etc.), est incapable par elle seule de nous renseigner sur le trouble mental. M. Mercier développe ces deux propositions et arrive à conclure que l'étude de la folie réclame un élément complémentaire qui est l'examen de la conduite du malade. Il le démontre par un argument physiologique. Lorsque un centre nerveux entre en activité, l'énergie produite se propage par les nerfs et se traduit au dehors par des mouvements. En même temps que le changement moléculaire du centre nerveux, il s'est manifesté une modification de la conscience. Tel est le type du processus naturel de tout acte conscient, pris dans sa forme la plus simple. Il se décompose en trois éléments : production d'activité nerveuse ou cérébration, accompagnement subjectif ou mise en jeu de l'intelligence, manifestation externe ou conduite. Ces trois éléments sont la base de l'aliénisme. Le médecin doit en tenir compte dans ses investigations et associer dans la même étude l'examen de l'état fonctionnel de l'esprit et de la conduite de son malade.

45. *Sur la production de l'embolie graisseuse chez les maniaques aigus*; par M. le professeur Jolly. Traduit par M. le Dr Mac Dowald.

Lorsque chez un aliéné, l'agitation maniaque est suivie d'affaissement, ce phénomène peut indiquer une amélioration prochaine ; mais, souvent aussi, il est le présage d'une terminaison promptement fatale. La pneumonie, les infarctus, l'infection putride expliquent la mort dans un certain nombre de

ces cas graves. Mais, dans d'autres, le processus morbide demeure obscur, et le diagnostic « d'épuisement nerveux », porté sur la feuille de décès, n'est qu'un voile jeté sur notre ignorance. La cause habituelle de la mort chez ces malades est l'embolie graisseuse du poumon.

Cette lésion qui a été bien décrite dans la thèse du Dr Flournoy (Strasbourg, 1878), est souvent produite par un état particulier de la moelle osseuse qui facilite l'absorption de la graisse par le torrent circulatoire, et complique aussi les grandes suppurations d'eschares. M. le professeur Jolly appelle l'attention sur une troisième cause peu connue : les contusions multiples et étendues de la peau chez les personnes très grasses. Les maniaques aigus, en proie à une agitation désordonnée, sont exposés à des chocs répétés plus ou moins graves et se trouvent, s'ils sont pourvus d'embonpoint, dans des conditions favorables à la production de ces accidents. L'embolie graisseuse résulte alors de la destruction des cellules adipeuses par l'écrasement et de l'absorption, par les bouches vasculaires, de la graisse épanchée. L'embolie graisseuse ne détermine directement la mort que si la plus grande partie des vaisseaux pulmonaires est obstruée. Dans les cas les plus fréquents, la lésion ne s'étend qu'à une région limitée du poumon, et la mort est déterminée par l'embolie réunie à d'autres causes dont la principale est l'épuisement nerveux. Ce travail met en lumière un point méconnu jusqu'à ce jour, la gravité que peuvent offrir chez les maniaques, les contusions multiples de la peau, même superficielles. Son auteur préconise, pour éviter cette fâcheuse complication, l'usage des cellules capitonnées.

46. *Phases de début des maladies mentales et leur traitement;*
par le Dr Kesteven.

La connaissance exacte des phénomènes qui précèdent les désordres mentaux peut être très utile, une intervention médicale opportune ayant le pouvoir de prévenir parfois l'invasion de la folie. M. Kesteven constate, à notre époque, la fréquence plus grande des névroses et leur influence sur la production des troubles intellectuels. Ces affections favorisent l'évolution d'états psychiques mal définis, qui sont voisins de l'aliénation mentale. Il mentionne, comme présageant une invasion imminente de la folie, la crainte de devenir aliéné qu'on observe si fréquemment chez les hypochondriaques. La misan-

thropie, la mélancolie, l'hypocondrie, conduisent leurs victimes sur le seuil de l'aliénation mentale confirmée. Toutefois, certaines natures privilégiées conservent intact leur contrôle intime au milieu de leurs souffrances morales, et restent les témoins de leur trouble mental sans devenir aliénés. Exemple : Cooper, Luther, John Bunyan, Cromwell, Goëthe. L'altération du sens moral coïncidant avec la conservation de l'intelligence, doit faire craindre un prochain accès d'aliénation mentale. La personne menacée présente un changement dans ses habitudes, son caractère, ses goûts, ses affections. On remarquera l'aversion injustifiable qu'elle témoigne à ceux qu'elle a toujours entourés jusque-là d'affection et de respect. Cette modification est, en général, graduelle, insensible. En outre, le malade devient distrait, rêveur, il perd l'esprit pratique et se livre aux fantaisies de son imagination.

Il existe de nombreux points de rapprochement entre l'état somnambulique, le rêve et la folie. Il ne faut donc pas s'étonner que l'homme qui s'adonne à l'hypnotisme soit sur la limite de la raison et de l'aliénation mentale. Les crises auxquelles il est soumis amoindrissent graduellement sa volonté et finissent par le priver de son libre arbitre. Sous quelles influences naissent les troubles précurseurs de la folie ? Malgré l'obscurité qui règne sur cette question, M. Kerteven s'est attaché à formuler quelques indications. Il mentionne en premier lieu l'influence héréditaire, à laquelle vient s'ajouter l'action nocive de certains vices. L'intempérance est particulièrement dangereuse chez les individus nativement prédisposés ; elle l'est d'autant plus qu'elle prend chez eux la forme d'une véritable dipsomanie, et favorise alors les tendances vicieuses et la propension irrésistible au crime.

L'épilepsie et les affections des centres nerveux préparent souvent l'invasion de la folie. On connaît le caractère grave des aliénations qui naissent de l'épilepsie. Il faut noter aussi l'importance de la névrose hystérique. Son caractère le plus saillant est l'affaiblissement de la volonté qui détermine par degrés la perte plus ou moins complète du contrôle des actes. L'auteur de ce travail considère comme une cause active d'hystérie, le système actuel d'éducation des jeunes filles, et il s'élève contre les examens auxquels on les soumet. L'excès du travail détermine chez elles un affaiblissement physique auquel elles ne peuvent pas remédier, comme les garçons, par la gymnastique corporelle. Enfin, les pertes d'argent, les soucis

d'affaires, la misère succédant à l'aisance, le repos forcé après une vie active, créent fréquemment un état mental précurseur de la folie confirmée.

Les moyens propres à conjurer le mal sont : le changement du milieu et de l'entourage, l'hygiène et la fatigue corporelle, les distractions, la culture modérée de l'intelligence et, par-dessus tout, l'exercice du contrôle moral.

BIBLIOGRAPHIE

La paralysie générale à l'asile des aliénés de Marseille, recherches statistiques, étiologiques et cliniques; par le D^r A. TALON. Thèse de Montpellier, 1883.

Avant 1840, la paralysie générale avait été méconnue dans les deux maisons de Saint-Lazare et de Saint-Joseph où étaient alors recueillis les aliénés de Marseille. Ce n'est qu'en 1844 qu'Aubanel, chargé depuis un an du service de l'asile, signala la fréquence de cette affection. La proportion s'élevait d'abord à 43 p. 400 dans les deux sexes. Elle s'est, depuis, progressivement élevée, et de 1870 à 1880 elle atteint le chiffre de 32 p. 400 chez les hommes et de 45 p. 400 chez les femmes. Sur ce nombre la ville de Marseille en fournit les deux tiers; mais, bien peu de ces malades sont originaires de la ville même. Voilà ce qui ressort de l'examen des tableaux statistiques dressés par l'auteur.

Le chapitre suivant est consacré aux recherches étiologiques d'après l'âge, le sexe, l'état civil, les professions et les saisons. On y voit que la paralysie générale est plus fréquente de trente-cinq à cinquante ans chez l'homme et de trente à quarante ans chez la femme; l'examen de l'état civil donne des résultats incertains; cependant l'auteur admet que le célibat favorise le développement de la maladie. Sur 4446 individus atteints, on compte 66 professions libérales et, en tête, la profession médicale représentée par 42 cas. Les officiers y tiennent un bon rang; ils appartiennent pour la plupart à l'armée d'Afrique et comptent des antécédents alcooliques. Les agriculteurs ne figurent que dans une proportion très minime. En été, de juin à août, il y a augmentation du nombre de paralytiques généraux.

Parmi les causes, l'hérédité a été connue 49 fois. Dans 9 cas la paralysie générale a succédé à une affection cérébrale organique. Dans 40 cas, elle a été précédée par des symptômes de congestion cérébrale. L'intoxication saturnine est notée 3 fois, l'alcoolisme 445 fois et la syphilis 27 fois.

Sur les 49 cas héréditaires, 20 appartiennent à l'hérédité vésanique constatée soit chez les ascendants soit chez les collatéraux. Il y a 7 cas d'hérédité congestive, et 4 cas d'hérédité chez les descendants. Aucun cas certain d'hérédité de similitude. L'auteur tend à croire que la paralysie générale est plus fréquente dans les familles d'aliénés; et, dans les cas d'hérédité vésanique, il n'a rien noté de particulier dans la marche et la durée de la maladie.

Ce qui est intéressant, c'est la prédominance de la forme dépressive avec délire lypémanique ou hypochondriaque chez les paralytiques généraux héréditaires, chez les syphilitiques et les alcooliques. Chez ces derniers, sur une série de 100 cas, on ne trouve que 12 fois la forme expansive.

Dans un troisième chapitre consacré à la clinique, M. Talon signale encore cette prédominance des idées mélancoliques avec tentatives de suicide ou mutilations graves, au début de la paralysie générale. Comme exemple de séquestration tardive, il cite le fait suivant qui à un autre point de vue présente un grand intérêt :

Ail... 1877, entrée une première fois à l'asile il y a dix ans. Diagnostic porté : manie aiguë. Deuxième admission, il y a cinq ans : même diagnostic. Lorsqu'elle revient pour la troisième fois, paralysie générale avancée.

Nous y trouvons aussi deux cas de paralysie générale sans délire. Quant aux signes physiques, l'inégalité pupillaire a manqué dans plus du tiers des cas; la pupille gauche a été plus fréquemment dilatée que la droite. Des troubles de la sensibilité générale et spéciale ont été enregistrés et parmi eux un cas d'hallucinations de la vue avec lésions de la couche optique.

La durée moyenne de la paralysie générale à l'asile de Marseille, à dater du jour de la séquestration, a été de douze mois chez l'homme et de dix-huit mois chez la femme. On signale 22 cas de rémission plus ou moins complète. La complication d'ataxie locomotrice est mentionnée une seule fois et figure parmi les causes de décès.

Le traitement institué à l'asile de Marseille par Lagardelle (phosphate de chaux, liqueur de Pearson) n'a rien donné de satisfaisant.

Ces résultats s'éloignent quelquefois beaucoup de ceux que fournissent les statistiques de différents établissements, notamment pour la proportion de paralysie générale. M. Talon a

certainement tiré le meilleur parti possible des documents réunis à l'asile de Marseille. Mais peut-on toujours accorder une valeur scientifique aux certificats et aux notes qui constituent le dossier de l'aliéné?

D^r PH. REV.

Fièvre intermittente. Aliénation consécutive; par le D^r Henri-Charles-Antoine Ravel. — Clermont (Oise). Daix frères. 4883.

C'est un catalogue de ce qui a été écrit sur l'impaludisme considéré comme cause de la folie. Depuis Hippocrate jusqu'à l'époque actuelle, tous les médecins qui ont traité cette question sont cités avec leurs différentes opinions.

Voici les conclusions de l'auteur : 1^o la fièvre intermittente peut s'accompagner d'aliénation mentale ; 2^o la fièvre intermittente peut s'accompagner de délire, ce qui établit un pont entre l'impaludisme et la folie qui est caractérisée par le délire chronique ; 3^o la fièvre intermittente laisse quelquefois à sa suite des lésions qui peuvent être l'occasion du développement de la folie ; 4^o la fièvre intermittente provoque la folie chez les sujets prédisposés ; 5^o des sujets en proie à des fièvres intermittentes prolongées et qui sont tourmentés par des passions tristes peuvent facilement être frappés de folie ; 6^o les excès alcooliques chez les impaludés développent facilement la folie alcoolique ; 7^o l'abus de la saignée et de la quinine dans la fièvre intermittente prédispose à la folie.

De ces conclusions, les unes ne sont pas bien établies, les autres sont exactes. Ainsi il est admis généralement que la fièvre intermittente produit parfois, mais rarement, l'aliénation mentale véritable. De même on sait que chez un alcoolisé la fièvre intermittente peut, à l'instar d'un traumatisme ou d'une maladie quelconque, faire éclater le délire alcoolique.

M. le D^r Ravel est évidemment un partisan de la doctrine homœopathique ; cependant il n'est pas ennemi d'un certain éclectisme. Nous lisons, en effet, page 56, cette recommandation dénuée d'artifice : « On peut essayer les petites » doses de quinine dans les formes bénignes de la fièvre intermittente, qui quelquefois suffisent... Toutefois il faut avoir » soin de ne pas insister sur les petites doses quand elles sont » impuissantes, car cela décrédite l'homœopathie. »

D^r L. CAMUSET.

Asile public d'aliénés de Maréville. Rapport du directeur; par M. Mirepoix. — 1883, Nancy, imprimerie Collin.

M. Mirepoix, directeur de l'asile de Maréville, constate, dans son rapport à M. le préfet de Meurthe-et-Moselle, l'état remarquablement prospère de l'établissement qu'il dirige. Il est consolant, alors que plusieurs asiles d'aliénés en France laissent à désirer sous tant de rapports, de songer qu'à Maréville, au moins, tout est pour le mieux.

Ainsi Maréville peut contenir 1,600 malades *très à leur aise* et il n'en possédait que 1,549 à la fin de l'année 1882. Dans beaucoup d'asiles, la proportion est renversée, il y a plus de malades que de places.

La mortalité a été, pour 1882, de 8 p. 100 sur toute la population, et les sorties par guérison ont été de 4,80 p. 100, également pour toute la population.

M. Mirepoix se déclare satisfait de tous les services, et cependant les journées des malades sont peu élevées; la dépense pour chaque malade ne s'élève qu'à 1 f. 149.

Nous espérons que les médecins de Maréville apprécient de la même manière que le directeur la situation et le fonctionnement de l'asile, et qu'ils ne forment, comme lui, que le seul vœu de voir s'élever un peu le prix des journées des pensionnaires des classes élevées. Ce vœu adopté par le conseil général, avec les bénéfices qui résulteraient de la nouvelle mesure, on pourrait, dit le rapport, faire disparaître les vieux quartiers, faire de nouveaux jardins, « rendre, en un mot, à nos incurables, leur intérieur plus gai. » — Cette dernière phrase, que nous trouvons à la page 29, nous oblige à faire quelques restrictions aux allégations optimistes de M. Mirepoix : il y aurait à Maréville de vieux quartiers à faire disparaître et des jardins insuffisants à agrandir.

Enfin, au début de son rapport, M. Mirepoix fait une allusion malheureuse, vu le système actuel de suspicion injuste à l'égard des aliénistes, aux séquestrations arbitraires. Il rappelle l'affaire Sandon. Or, il se peut que quelque personnage haut placé, sous le dernier gouvernement, ait eu de bonnes raisons pour craindre Sandon, mais là n'est pas la question. Sandon était un aliéné, son autopsie a fait voir des lésions cérébrales multiples et anciennes, incompatibles avec l'intégrité de la raison. Quand on parle de Sandon, il faut donc le représenter non comme une

victime d'une séquestration arbitraire, mais comme un malheureux aliéné malade dont l'autopsie est venue confirmer le diagnostic médical.

D^r L. CAMUSET.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Sixth annual report of the trustees of the Danvers lunatic hospital for the year 1883; Boston, 1884; br. in-8°

— Les aliénés en Savoie; par Marie-Girod; Chambéry, 1884, vol. in-8°.

— De la criminalité chez les Arabes au point de vue de la pratique médico-judiciaire en Algérie; par le D^r A. Kocher; vol. gr. in-8 de 244 p. Prix 5 fr. (lib. arie J. B. Baillière et fils).

— La evoluzione psicologica al nostro tempo; par le D^r Ernesto Bouecchiato. Venise, 1884, br. in-8°.

— The asylum journal, for 1883, by the medical superintendent of the public lunatic asylum for British Guiana; Berbice, 1884; br. in-8°.

— Traité élémentaire de pathologie générale; par le D^r Hallopeau; Paris, 1884; br. in-8°.

— Les troubles de la parole; par le professeur Ad. Kussmaul, trad. et notes par le D^r Rueff, avec introduction du professeur B. Ball.; vol. in-8° de 390 pages. Prix 7 fr. (librairie J. B. Baillière et fils.)

— Les aliénés en Italie; établissements qui leur sont consacrés, organisation de l'enseignement des maladies mentales et nerveuses; par le D^r E. Billod; Paris, 1884, vol. in-8°

— Le D^r J. Arthaud; par le D^r A. Lacour; Lyon, 1884; br. in-8°.

— Le poids du cerveau, du bulbe, de la protubérance et des hémisphères d'après les registres de Broca; par le D^r Philippe Rey; Paris 1884; br. in-8°.

— I frazionamenti della memoria e gli errori della coscienza; par le D^r Ern. Bouecchiato; Venise, 1884; br. gr. in-8°.

— Della influenza dei fenomeni meteorologici sul corso della epilessia; par le D^r Aug. Lacbi; Siena, 1883; br. gr. in-8°.

— Aus der Basler psychiatrischen Klinik du professeur L. Wille, de Bâle. 4° Nierenkrankheiten und Psychosen. 2° Ein Fall von Hirnhues; br. gr. in-8°; Bâle 1883.

— Sulla follia morale; un errore di diagnosi; par le D^r P. Fumaioli; Milan 1884; br. in-8°.

— Die Klinischen und anatomischen Beziehungen des Alcoholismus chronicus; par le D^r L. Wille, de Bâle; Bâle 1883; br. in-8°.

ASSOCIATION MUTUELLE

DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 28 avril 1884.

Présidence de M. BAILLARGER

L'assemblée s'est tenue, comme les années précédentes, au domicile du Président, 8, rue de l'Université.

M. Dumesnil fait un rapport verbal sur les comptes du trésorier, qu'il avait été chargé d'examiner conjointement avec M. Falret.

Il déclare qu'après examen, les comptes ont été trouvés exacts et les pièces à l'appui régulièrement établies. L'assemblée vote des remerciements à M. le Trésorier.

M. le Président donne la parole à M. Mitivié, pour la lecture de son rapport annuel.

MESSIEURS,

L'an passé à pareille époque, par une bienveillance dont je tiens à vous exprimer toute ma gratitude, vos suffrages m'ont confié, pour la douzième fois, la mission de vous exposer la situation de notre œuvre. Plus que jamais je sens mon insuffisance et réclame votre indulgence pour la monotonie de mon langage et mon peu de talent à rendre des chiffres attrayants ; heureusement pour moi, s'ils ne sont pas attrayants par la forme, ils sont assez éloquentes par leur résultat pour prouver, qu'en définitive, notre œuvre fait son chemin, qu'elle a déjà à son actif un certain nombre de services rendus, et qu'avec une certaine vigilance, elle a pu jusqu'à ce jour éviter toute crise qui paralyserait son action.

Depuis notre dernière réunion, nous avons eu à déplorer la perte de deux membres, l'un fondateur, l'autre sociétaire.

Le 8 juin 1883 succombait à Nantes le Dr Petit, médecin en chef du quartier de l'hospice St-Jacques réservé aux aliénés, service auquel il était attaché depuis 1854.

Pendant ces trente années, Petit fut pour ses malades d'une

rare honté, il leur était si attaché qu'il ne voulut jamais les quitter pour une direction plus importante.

Après avoir modifié, transformé et largement amélioré le service qu'il dirigeait, il avait préparé les plans d'un vaste asile départemental qu'il reconnaissait comme absolument indispensable. S'il fut à la peine, il ne lui fut pas donné d'assister au triomphe de ses idées. Après avoir usé sa vie par le travail et les épreuves, après avoir traversé deux épidémies de choléra et une de variole, il ne put survivre au chagrin et alla rejoindre sa fille chérie qu'il avait perdu un an auparavant. Nantes, témoin de son labeur, ses nombreux amis et collègues conserveront longtemps le souvenir d'une vie si bien remplie.

Le 19 janvier dernier, le D^r Mathieu était frappé d'une attaque d'apoplexie à laquelle il ne survécut que quelques heures. Entré dans le service des aliénés en 1880, il avait successivement rempli les fonctions de médecin-adjoint à Braqueville, près Toulouse, et à St-Méen, près Rennes. Le zèle déployé dans cette trop courte carrière donne la mesure de ce que perdent les aliénés. Dès 1881, Mathieu s'était associé à notre œuvre ; puisse la sympathie que rencontre ici sa jeune veuve apporter un soulagement à sa douleur.

A ces deux pertes nous ajouterons la démission de MM. Darnis, fondateur, Binet et Follot, sociétaires.

Par suite de nouvelles demandes de secours, et de l'état de nos recettes, nous nous sommes trouvés momentanément en face d'un léger déficit possible ; aussi, avec l'assentiment de votre conseil, avons-nous fait appel à la générosité des plus anciens sociétaires, certain d'avance que nous serions compris et entendus. Il nous fut, en effet, répondu par 26 demandes d'anciens membres, changeant leur titre de sociétaire pour celui de fondateur.

Nous sommes heureux de proclamer ici leurs noms en les remerciant de leur généreux concours. Ce sont MM. Epiau de de Lamaestre. — Cullère. — Dumesnil. — Sizaret. — Bou-teille. — Faucher. — Lapointe. — Dursoud. — Viret. — Fusi-er. — Langlois. — Maret. — Reverchon. — Mabile. — Hildenbrand. — Bécoulet. — Gallopain. — Dufour. — Péon. — Marandon de Montyel. — Rousseau. — Bouhila. — Régis. — Peybernès. — Biaute. — Giraud. Un ancien fondateur retiré du service a changé son titre en celui de sociétaire.

Six nouvelles adhésions sont venues grossir nos rangs, savoir :

Comme fondateurs :

Le Dr Gérante, médecin-directeur de l'asile de Bouzarea, Alger;

M. le Dr Gilbert, directeur de l'asile de Cadillac (Gironde).

Comme sociétaires :

Le Dr Friese, médecin adjoint de Clermont (Oise).

Pichenot, médecin adjoint de Bassens (Savoie).

Bellat, médecin adjoint de Premontre (Aisne).

Larrieu, médecin adjoint de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire).

Paris, médecin adjoint de Châlons-sur-Marne.

Par suite de ces différentes modifications, notre effectif se compose de 141 membres ainsi répartis :

Membres fondateurs.	84 au lieu de 59
Membres sociétaires.	55
Membres honoraires.	2
<hr/>	
Total.	141

Jamais l'Association n'avait atteint ce chiffre, je crois donc, Messieurs, que nous pouvons avoir confiance dans l'avenir, et dussions-nous être importun, nous continuerons à provoquer votre recrutement en frappant à toutes les portes : ne s'ouvrent-elles pas, d'ailleurs, toutes seules en France, quand on se présente au nom de la charité.

Les recettes en 1883 ont atteint la somme de 44,838 fr. 95 ainsi réparties :

Cotisations.	3.627 fr.
Subvention ministérielle.	1.500
Allocation du département de la Seine.	1.000
Souscriptions d'asiles.	1.750
Intérêts de capitaux.	2.961 95
Legs Brierre de Boismont.	1.000
<hr/>	
Total.	44.838 95

Nous adresserons ici nos remerciements au ministère de l'Intérieur et aux administrations départementales pour leur généreux concours.

Nous avons à vous signaler la souscription de 3 nouveaux asiles : Bron, Bassens et Bordeaux, chacun pour une somme

de 400 francs. Les nouvelles adhésions portent à 24 le nombre des asiles souscripteurs, savoir :

Asiles de Dôle	400 fr.
Mont-de-Vergues	400
Aix	50
Quatre-Mares	400
Saint-Yon	400
La Roche-Gandon	400
Saint-Dizier	50
Auxerre	400
Prémontre	400
Saint-Lizier	50
Argentières	400
Pau	400
Toulouse	400
Cadillac	50
Châlons	400
Faïs	50
Evreux	400
Maréville	400
Bron	400
Basens	400
Bordeaux	400
Total	4,850 fr.

22 asiles restent encore en dehors de notre œuvre, leur adhésion serait pour elle une source féconde, aussi votre conseil a-t-il jugé opportun d'envoyer une circulaire aux directeurs de ces asiles, les sollicitant de faire leurs efforts pour que les conseils départementaux inscrivent dans le prochain budget une somme en notre faveur. Nous avons tout lieu de croire que cette campagne sera fructueuse, et nous espérons avoir, l'an prochain, à vous signaler une ample moisson de ce chef.

Par des secours variant de 400 à 4.000 fr., l'Association vient en aide à 12 veuves d'anciens fonctionnaires du service des aliénés, à 2 filles et un fils d'anciens sociétaires et à un ancien médecin d'asile atteint par la maladie. Bien que certains de ces secours ne soient que temporaires, néanmoins les charges de l'Association ne peuvent qu'augmenter, il est donc de notre devoir de faire appel à toutes les bonnes volontés.

Récapitulation des secours et frais.

ANNÉES.	SECOURS.	FRAIS D'ADMINISTRA- TION.	TOTAUX.
1865 et 1866	650	446 50	796 50
1867	4.550	64 40	4.614 40
1868	4.950	444 40	2.094 40
1869	4.500	54 70	4.554 70
1870	4.300	54 40	4.354 40
1871	4.800	66 60	4.866 60
1872	2.200	78 65	2.278 65
1873	3.200	447 30	3.347 30
1874	3.250	74 65	3.324 65
1875	3.800	51 90	3.851 90
1876	4.700	63 15	4.763 15
1877	5.150	56 35	5.206 35
1878	4.650	66 20	4.716 20
1879	4.900	45 25	4.945 25
1880	5.700	34 90	5.734 90
1881	6.700	75 80	6.775 80
1882	7.250	50 70	7.300 70
1883	7.850	64 20	7.914 20
TOTAL.....	68.400	4.334 45	69.434 45

Les dépenses et achats de valeurs pour l'année 1883 se montent au chiffre de 12.940 fr. 85, ainsi décomposé :

Secours à la veuve d'un fonctionnaire du service des aliénés ne faisant pas partie de l'Association	4000	»
Secours à 3 veuves d'anciens internes d'asiles.	700	»
Secours à 8 veuves, à 2 filles et à un fils de médecins d'asile, membres fondateurs ou sociétaires..	5650	fr.
Secours à un ancien médecin d'asile, membre sociétaire.	500	»
Frais d'administration.	64	20
Achat de 490 fr. de rente 3 0/0.	5016	65
Total.	12.940	85

De ces chiffres il ressort que l'Association a distribué en secours 7,850 fr., soit 600 fr. de plus que l'an passé.

Si l'on rapproche le total des dépenses 12.940, fr. 85 du chiffre des recettes 14,838,93, il y a un excédent de dépenses qui constituerait en apparence un déficit, mais qui n'est autre qu'un

placement de fonds anticipé, d'ailleurs au bénéfice immédiat de l'Association qui jouit du revenu de ladite somme.

Le nouveau placement de fonds signalé plus haut porte le capital, calculé au prix d'achat, au chiffre de 66,799 fr. 05, savoir :

4440 fr. de rente 4 1/2 0/0.	34.854 fr.60
775 fr. » » 3 0/0.	20.460 »
43 obligations du Midi.	43465 80
4 obligations Lyon-Méditerranée	4318 65
	<hr/>
	66.799 05

Récapitulation des recettes.

ANNÉES.	COTISATIONS.	SOUSCRIPTIONS d'actions, allocations aux ministères, et départementales.	DONS plus - valeur et remboursement de valeurs.	INTÉRÊTS de capitaux.	TOTAUX.
1865 et 1866	5.80	»	»	58 40	5.858 40
1867	3.630	500	4.375.00	243 50	5.348 50
1868	3.590	875	»	377 30	4.842 30
1869	3.610	650	»	530 45	4.780 45
1870	3.661	725	»	638 65	5.027 65
1871	3.405	650	»	723 60	4.778 60
1872	3.370	1.200	»	784 65	5.354 65
1873	3.380	2.450	»	3.004 45	6.534 45
1874	3.335	2.250	1.404 75	4 486 »	8 475 75
1875	3.260	2.450	»	5.772 »	7.482 00
1876	3.300	3.450	»	6.835 50	8.675 50
1877	3.380	3.450	100 »	5.983 75	8.943 75
1878	3.645	3.650	100 »	2.455 60	9.550 60
1879	3.460	3.700	»	2.378 40	9.538 40
1880	3.319	3.310	»	2 488 20	9.502 20
1881	3 290	3.290	»	3.637 35	9.727 35
1882 *	3.305	3.850	50 »	2.734 45	9.939 45
1883 *	3.627	4 250	1.000 »	2.964 95	11.838 95
TOTAL.	64.228	40.700	4 029 75	25.785 60	135.265 35

* Déduction faite des non-valeurs.

* Y compris les restes à recouvrer.

Les prévisions budgétaires pour l'année 1884 sont établies de la façon suivante :

Cotisations.	3627 fr.
Souscriptions d'asiles.	1850
Allocation ministérielle.	4500
Subvention du département de la Seine.	4000
Intérêts de capitaux.	3000
	<hr/>
	40,977

Sur cette somme, conformément à l'art. 46 des statuts, nous pouvons disposer de 7850 francs.

Le conseil, dans sa séance du 28 janvier, a alloué sur l'exercice 1884 et pour le premier semestre les secours suivants :

A 6 veuves et à 4 fils de membres fondateurs ou sociétaires.	2.300 fr.
A un ancien médecin d'asile sociétaire.	250
	<hr/>
	2,550 fr.

Ces secours distribués laissent disponible un solde de 5.300 fr. sur lequel le conseil a décidé de vous proposer d'accorder :

1^o La continuation du secours de 600 fr. que, depuis sa fondation, l'Association accorde à la veuve d'un médecin attaché au service des aliénés non sociétaire.

2^o La faculté d'augmenter de 200 fr. ce secours, si pendant le cours de l'année le conseil le juge urgent et possible.

3^o Un secours de 500 fr. à répartir entre 3 veuves d'anciens internes d'asile.

Ces différentes sommes versées laisseraient un solde de 4000 fr. pour les nécessités du 2^e semestre qui, selon les prévisions, doivent se monter à 3450 fr. ; il resterait encore 550 fr. pour les éventualités qui pourraient surgir.

Ces différentes propositions sont mises aux voix et adoptées.

M. LE PRÉSIDENT. Par l'application de l'art. 9 des statuts, nous devons procéder au renouvellement partiel du conseil.

Les membres sortants et rééligibles sont MM. Falret, Blanche Legrand du Saulle, Damesnil et Labitte ; ils sont tous réélus membres du conseil.

La séance est levée à 3 heures 3/4.

MIRIVÉ.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Par décret en date du 7 juin 1884, pris sur la proposition du Ministre de l'Intérieur, M. le docteur BÉCOULET (Stanislas-Auguste), directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Dôle (Jura), a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Interne à l'asile d'aliénés de Bailleul, en 1861; médecin adjoint à l'asile d'Auxerre, en 1866; médecin en chef de l'asile de Maréville, en 1870; directeur-médecin de l'asile de Dôle, en 1874; 23 ans de service.

— *Arrêté du 25 février 1884* (omission). Ont été nommés à la 4^{re} classe de leur grade (3 100) pour prendre rang à partir du 4^{er} janvier 1884: MM. les docteurs ADAM, BRUN et GARNIER, médecins-adjoints des asiles d'Armentières (Nord), de Bron (Rhône) et de Dijon.

Erratum. — MM. les docteurs MARTINENQ, FEBVRE et SCHILS, promus à la 4^{re} classe par le même arrêté, n'ont pris rang qu'à partir du 4^{er} février. — L'arrêté de nomination de M. le Dr Chambard porte la date du 25 avril.

— *Arrêté du 10 mai 1884.* — M. le Dr AUBAY, inspecteur du service des enfants assistés de la Seine, est nommé directeur de l'asile public du Mans (4^e classe), par permutation avec M. Lucas.

— *Arrêté du 15 mai 1884.* M. le Dr BROQUÈRE, interne à la maison nationale de Charenton, est nommé médecin-adjoint de l'asile St-Méen, à Rennes (2^e classe, 2500 fr.) en remplacement de M. le Dr Mathieu, décédé.

— M. le Dr RIU vent d'être nommé médecin en chef du quartier d'aliénés d'Orléans.

NÉCROLOGIE.

LE D^r J. MOREAU (DE TOURS). — Le D^r J. Moreau (de Tours), qui est décédé à Paris, le 26 juin 1844, est né à Montrésor (Indre-et-Loire) en 1804. Il commença ses études médicales à Tours et vint, en 1826, les terminer à Paris. Nommé interne à la maison de Charenton, il soutint sa thèse de doctorat en 1830; le sujet qu'il choisit pour ce travail inaugural était : *De l'influence du physique relativement au désordre des facultés intellectuelles*.

Esquirol, qui avait pu apprécier les qualités sérieuses de son interne, lui confia alors la délicate mission de faire voyager quelques-uns de ses malades riches. C'est ainsi que Moreau (de Tours) put faire ce voyage en Orient, d'où il rapporta des documents intéressants sur l'aliénation mentale et les asiles d'aliénés de ces régions. A son retour, en 1840, il fut nommé au concours, médecin de Bicêtre: et, quelques années après, il fut appelé à prendre, avec M. Baillarger, la direction de la maison de santé d'Ivry-sur-Seine, fondée par Esquirol.

Moreau (de Tours) a publié de nombreux livres et mémoires sur l'aliénation mentale. Collaborateur assidu des *Annales médico-psychologiques* depuis leur fondation, il y inséra entre autres travaux : des *Recherches sur les aliénés en Orient*, des *Lettres médicales sur la colonie de Gheel*, un *Mémoire sur les prodromes de la folie*, un autre sur *l'identité de l'état de rêve et de la folie*, etc. Les œuvres de Moreau (de Tours) les plus connues, sont ses deux volumes sur *le Haschich et l'aliénation mentale* (1845) et sur *la Psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire*, et son *Traité de la folie névropathique* (1849). Tous ces travaux portent la marque d'un esprit original, d'un observateur profond et d'un écrivain distingué.

Le D^r Moreau (de Tours) ne laisse que des sympathies; il sera vivement regretté de tous ceux qui l'ont approché. Les *Annales* n'oublient pas qu'il a été un des travailleurs de la première heure et qu'il est resté jusqu'à la fin de sa vie membre de son comité de rédaction.

L'enterrement de notre regretté collaborateur a eu lieu, le 28 juin, à l'église de Saint-François de Sales, et l'inhumation au cimetière du Père-Lachaise. Deux discours ont été prononcés sur sa tombe : l'un par M. Dagonet, vice-président de la Société médico-psychologique, au nom de l'Association muette des médecins aliénistes, et l'autre au nom de la Société médico-psychologique, par M. Ant. Ritti, secrétaire général de cette société. Voici ces discours :

M. DAGONET. — Messieurs, je viens au nom de l'Association des médecins aliénistes rendre sur cette tombe un dernier hommage aux qualités qui distinguaient l'un de nos collègues les plus éminents.

M. le D^r Moreau (de Tours) a parcouru une longue et honorable carrière. Médecin chef de la Salpêtrière, il a su s'attirer l'atta-

chement de ses malades et le dévouement des élèves qui suivaient son service, et auxquels il prodiguait ses conseils et ses encouragements. Ils lui en conserveront un souvenir reconnaissant.

Esprit distingué, érudit, M. Moreau (de Tours) a publié d'importantes études sur les maladies nerveuses; ce n'est ici ni le moment ni la place de les résumer, mais ce que l'on doit reconnaître c'est qu'elles ont attiré l'attention du public médical tout entier et qu'elles ont imprimé à la science des maladies mentales une impulsion nouvelle.

M. Moreau (de Tours) a été l'un des fondateurs de notre Association; il a apporté son concours le plus dévoué à son distingué collègue, M. Baillarger, lors qu'ont été créées les *Annales médico-psychologiques* qui sont l'organe de cette Association. Il nous laisse donc des souvenirs que nous conserverons précieusement. Nous sommes d'ailleurs heureux de voir rester parmi nous l'un de ses deux fils, qui tous deux suivent si honorablement l'exemple de leur père.

Messieurs, le destin est inexorable, notre existence est fragile, nous ne pouvons que nous incliner et honorer la mémoire de ceux qui nous quittent après avoir eu dans ce monde une existence dignement remplie. C'est l'hommage que nous venons rendre ici au savant collègue dont l'existence a été consacrée à l'interprétation des problèmes les plus ardues de notre science, à l'assistance de confrères malheureux et au soulagement de malades atteints de l'une des affections les plus pénibles.

M. RITTI. — Messieurs, je viens au nom de la Société médico-psychologique rendre un dernier hommage à l'un de ses membres fondateurs, au savant éminent qui est une des gloires de la médecine mentale de notre époque.

Moreau (de Tours) était un des rares survivants de cette brillante phalange de disciples dont Esquirol aimait à s'entourer et à qui ce maître incomparable savait communiquer son ardent amour pour la science dont il était le plus illustre représentant. Qui ne serait fier d'avoir été à pareille école! Notre regretté collègue sentait tout le prix d'un tel enseignement; il ne parlait jamais de celui à qui il en était redevable qu'avec un sentiment d'inaltérable gratitude et de profonde admiration. Comment, en effet, ne pas être reconnaissant pour un maître qui, non content d'initier ses élèves aux principes de la science qu'il cultivait avec éclat, les aidait encore non seulement de ses conseils, mais de son influence qui était grande, et s'appliquait par tous les moyens à aplanir les difficultés qui se trouvent à l'entrée de toutes carrières?

C'est ainsi que Moreau (de Tours), à peine reçu docteur, dut à la bienveillance d'Esquirol de pouvoir faire ce voyage en Orient, d'où il rapporta d'intéressants documents, qu'il mit plus tard en œuvre sur l'aliénation mentale et les établissements d'aliénés des régions qu'il parcourut. N'est-ce pas aussi durant ce voyage, que lui vint l'idée d'expérimenter le haschich, dont

il avait observé les effets perturbateurs sur les cerveaux des Orientaux ?

Peu après son retour en France, un concours fut ouvert pour quatre places de médecins des aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière ; il sortit vainqueur de la lutte, et avec lui, Baillarger, Trélat et Archambault. Depuis cette époque jusqu'à la veille de sa mort, c'est-à-dire pendant plus de quarante ans, il consacra tout son temps, toute son intelligence, toutes ses forces, au traitement des aliénés et à l'amélioration du sort de ces blessés de l'intelligence.

Esprit curieux, Moreau (de Tours) quittait volontiers les sentiers battus, pour explorer des terrains encore inconnus, et plus heureux que bien des voyageurs, il revenait de ces excursions avec des richesses inattendues. Richesses, en effet, ces livres sur le haschich et l'aliénation mentale, et sur la psychologie morbide ! Depuis leur apparition, on a épuisé sur leur compte toutes les formes de l'éloge et même celles de la critique ; mais, de quelque façon qu'on les juge, ce sont des œuvres qui resteront, car elles portent la marque d'une intelligence supérieure.

On parle beaucoup aujourd'hui de psychologie expérimentale ; mais on oublie volontiers que Moreau (de Tours) est un des pères de cette science. N'est-ce pas lui qui, en se servant du haschich pour analyser les phénomènes psychiques, en employant diverses substances toxiques pour l'étude des conditions favorables au développement des hallucinations, a ouvert une voie nouvelle, qui a été suivie depuis avec tant de succès ? Et n'y a-t-il pas là, dans le domaine cérébral, quelque chose d'analogue à la grande découverte de Claude Bernard, analysant et distinguant, à l'aide du curare, les propriétés des nerfs sensitifs et des nerfs moteurs ?

« La psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire », qui parut près de quinze ans après les recherches sur le haschich, est, sans contredit, une œuvre maîtresse. Moreau (de Tours) s'y montre à la fois observateur ingénieux et penseur original. La hardiesse des vues qu'il y développe sur les conditions organiques de la pensée, sur l'hérédité et ses multiples transformations, sur l'origine névropathique des facultés intellectuelles transcendantes, frappa tout le monde ; on critiqua d'abord, on cria même au paradoxe ; mais le temps, l'observation et la réflexion aidant, on finit par admettre qu'il y a du vrai, et même beaucoup de vrai dans ces nouvelles théories.

Moreau (de Tours) prévoyait le sort de ses idées, puisqu'il écrivait au début de son livre : « Plus d'une comparaison a été faite de la lumière du soleil avec la vérité ; on en a oublié une ; dans le désert, lorsque le vent des quarante jours, le *Kamsin*, vient à souffler, il soulève des tourbillons de sable, qui, s'interposant entre le soleil et la terre, font paraître le disque de l'astre, tantôt d'un jaune livide, tantôt d'un rouge de sang. La nature tout entière en est attristée ; la terre est partout, chez les animaux comme chez l'homme... Ainsi,

« il arrive qu'une philosophie nusageuse soulève au-devant de la vérité des préjugés de toute sorte qui lui donnent un aspect sinistre et menaçant. Mais comme les sables du désert, les préjugés ne tardent pas à se dissiper, et, comme le soleil, la vérité reprend bientôt tout son éclat. »

En ne tenant compte que de ces deux ouvrages, on pourrait croire que Moreau (de Tours) ne s'intéressait qu'au côté philosophique de la pathologie mentale; il n'en est rien. S'il aimait à donner une bonne part de son temps aux études psychologiques, il n'oubliait pas qu'il était et devait être avant tout médecin et clinicien. De là, la publication d'une foule de mémoires ingénieux et profonds sur des points divers de la symptomatologie, de la thérapeutique et de la médecine légale des aliénés. Mais ce n'est pas le lieu d'analyser l'œuvre si riche et si variée de notre savant collègue; un jour viendra où, l'esprit plus libre, nous pourrons étudier ce beau talent sous toutes ses faces, et essayer de marquer la place importante qu'il occupera dans l'histoire de notre science et que lui assigne l'incontestable valeur de ses travaux.

Aujourd'hui, tout entiers à la douleur et aux regrets, nous ne pouvons avoir qu'une pensée, c'est que, si la médecine mentale perd un de ses plus illustres représentants, et la Société médico-psychologique un de ses membres les plus distingués, nous perdons tous, en Moreau (de Tours), les uns un ami dévoué, les autres un maître aimé. Tous ceux qui ont eu le bonheur de l'approcher, à quelque titre que ce soit, ont pu voir qu'à côté des qualités brillantes de l'esprit se rencontrait une inaltérable bienveillance. Cette bienveillance universelle, qui ne se démentit jamais, fut pour lui un des éléments les plus sûrs de bonheur. Sa vie, quoique très longue, fut toujours cel e d'usage qui supporte avec stoïcisme toutes les vicissitudes. Mais que peuvent la force d'âme la plus énergique, la puissance de volonté la plus grande, contre les inéluctables lois de la nature?

Jusqu'au dernier jour, Moreau (de Tours) conserva la plénitude de son intelligence. Si, avant de s'éteindre, il avait passé en revue les années si bien remplies de sa longue existence, il eût pu se dire avec le poète : *Non omnis moriar*. Non, cher maître, vous ne disparaîsez pas complètement, car vous nous laissez la meilleure part de vous-même : le souvenir d'un cœur excellent et d'un esprit d'une distinction rare, des travaux scientifiques que nous méditerons et qui nous inspireront des recherches nouvelles.

Adieu, Moreau (de Tours), adieu, cher maître, adieu.

LE DR EUG. SÉMERIE. — Le Dr Eug. Sémerie, qui vient de mourir à Grasse, dans sa famille, à l'âge de cinquante-deux ans, est un ancien interne de la Maison de Charenton. Sa thèse sur *les symptômes intellectuels de la folie* est bien connue; elle fut vivement attaquée, sous l'Empire, dans une brochure de M^{re} Dupanloup, évêque d'Orléans. Sémerie, qui a été successivement médecin adjoint de diverses maisons de santé, a col-

laboré à l'*Encyclopédie générale* à laquelle il a donné les articles *Alcoolisme, Aliénation mentale, Animisme*, etc.

Après la guerre, Sémerie se lança dans la politique, prit part au mouvement de la Commune, et, en 1872-1873, publia un journal bi-mensuel pour soutenir ses idées politiques et sociales. Nous n'avons pas ici à juger ces idées; contentons-nous de rappeler que notre regretté confrère était une nature sympathique, d'un commerce agréable, et que les dissidences politiques ne lui firent jamais oublier les devoirs de l'amitié.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Prix Moreau (de Tours).

M^{me} Moreau (de Tours), veuve de notre regretté collaborateur, voulant honorer la mémoire de son mari, a offert à la Société médico-psychologique, qui l'a accepté avec la plus vive gratitude, un prix biennal de la valeur de 200 fr. Ce prix portera le nom de *Prix Moreau (de Tours)* et sera donné au meilleur travail manuscrit sur un sujet de pathologie mentale.

Le premier prix sera décerné en 1886.

Prix Aubanel.

La Société médico-psychologique, pour le prix Aubanel à décerner en 1886, met au concours la question suivante :

« De la coexistence, chez un même malade, de délires d'origine différente (alcoolique, épileptique, paralytique, vésanique, etc.), au point de vue du diagnostic, du pronostic, du traitement et de la médecine légale. »

Ce prix est de la valeur de 2,400 fr.

Les manuscrits devront être déposés, le 31 décembre 1885, chez M. le Dr Ant. Rati, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique.

LE SYSTÈME DES « PORTES OUVERTES » ET LE DANGER DES POURSUITES.

Au mois de mai dernier, une femme aliénée s'échappa de l'asile de Lenzie (Glasgow) par une porte non close, et fut tuée près de l'établissement, sur le chemin de fer; on ignore si ce fut le résultat d'un suicide ou d'un accident.

Le Procureur public du Comté intima aux autorités de l'asile que si un semblable événement venait à se reproduire, il croirait de son devoir de faire procéder à une enquête, pour rechercher s'il n'y aurait pas eu négligence coupable dans la garde de l'aliéné. D'un autre côté, le mari de la femme décédée, intenta une action, comme nous le voyons, contre les administrateurs de l'asile, pour le dommage à lui causé par la mort de sa femme. Ceux-ci ont arrêté la procédure en versant au mari 50 livres (1,250 fr.)

Une question des plus sérieuses se trouve ainsi soulevée et vient aggraver les responsabilités et les anxiétés déjà passablement lourdes qui pèsent sur les médecins d'asile. Nous croyons que, dans le cours de l'année dernière, le nombre des suicides, dans les asiles d'Ecosse, s'est élevé à un chiffre inusité. Est-ce une simple coïncidence, ou est-ce le résultat corrélatif de la concession d'une plus grande somme de liberté?

(*Mental science*, octobre 1883).

FAITS DIVERS

Les fumeurs de kiff. — Tout le monde connaît l'effet produit par le kiff sur les individus qui ont l'habitude de fumer ce narcotique. La stupeur dans laquelle ils tombent se transforme parfois en folie furieuse qui pousse au crime les intoxiqués.

A défaut de pouvoir empêcher complètement l'usage de la plante pernicieuse, M. le préfet d'Alger a pensé avec raison qu'il devait tout au moins le défendre dans les lieux publics. Un arrêté, pris par ce fonctionnaire, interdit formellement aux cafetiers maures de laisser fumer du kiff dans leurs établissements, sous peine du retrait de leur autorisation.

Nous espérons que la police s'assurera, par une surveillance suffisante, de l'exécution de cette mesure.

(*Gazette médicale de l'Algérie* du 30 mai 1884.)

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie
—
DU MOUVEMENT
DE
L'ALIÉNATION MENTALE EN FRANCE
DE 1835 A 1882 (1).

Par M. le Dr LUNIER,
Membre de l'Académie de médecine,
Inspecteur général honoraire du service des aliénés en France.

J'ai publié dans les *Annales médico-psychologiques*, numéro de janvier 1870, un travail intitulé de l'*Augmentation progressive du chiffre des aliénés et de ses causes*; celui-ci n'est, en quelque sorte, que la continuation, en même temps qu'il vient confirmer les conclusions auxquelles m'avaient conduit mes premières recherches statistiques sur la matière.

Les seuls points que je me propose de traiter aujourd'hui sont les suivants :

(1) Ce travail est extrait d'une conférence faite à la Sorbonne, le 2 avril 1884, et qui sera publiée *in extenso* dans le Journal de la Société de statistique de Paris.

1^o *Du mouvement de l'aliénation mentale en France d'après les recensements ;*

2^o *Causes de l'augmentation du nombre des aliénés internés dans les asiles ;*

3^o *Le nombre des cas de folie a-t-il réellement augmenté, et dans quelle proportion ?*

§ I. — DU MOUVEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE EN FRANCE D'APRÈS LES RECENSEMENTS.

En France, les aliénés n'ont été recensés à domicile, en même temps que la population générale, que de 1835 à 1876. Lors du dernier recensement, celui de 1881, on n'a pas compris dans les questions envoyées, celles relatives aux infirmités. On a, selon moi, sagement agi. Il était absolument irrationnel, en effet, d'espérer qu'avec le mode actuel de recensement, on obtiendrait des renseignements, même approximativement exacts, sur les aliénés qui ne sont internés ni dans des établissements spéciaux, ni dans des hôpitaux, hospices, dépôts de mendicité ou quartiers d'observation.

Le diagnostic de la folie proprement dite est parfois difficile; même pour des médecins: quant à la démarcation entre les faibles d'esprit, les insuffisants, les individus mal équilibrés d'un côté et, de l'autre, les personnes jouissant de la plénitude de leurs facultés intellectuelles et morales, elle ne peut guère être établie que par des hommes de l'art.

Mais, si on a bien fait de ne plus confier aux agents chargés de procéder au recensement de la population, la constatation du nombre des aliénés et des autres infirmes conservés à domicile, il y a lieu de regretter qu'on n'ait pas cru devoir recourir, pour faire ce recensement spécial, aux seules personnes capables de fournir, à cet égard, des renseignements exacts; c'est-à-dire aux médecins, comme

cela se pratique dans plusieurs pays, notamment en Suisse.

Ces réserves faites, je vais essayer de tirer quelques enseignements des documents fournis par les recensements quinquennaux opérés, en France, de 1835 à 1876; voici ce qu'ils nous donnent:

TABLEAU I. — Mouvement de l'aliénation mentale en France d'après les recensements de 1835 à 1876.

Années.	Population.	Aliénés recensés.			Proportion pour 10 000 habit.	habitants pour 1 aliéné.
		à domicile.	dans les asiles.	Total.		
1835	33.346.574	5.999	40.539	46.538	4.96	2.016
1844	34.230.478	4.480	43.887	48.367	5.37	1.864
1854	35.783.470	24.433	21.924	46.357	12.95	772
1856	36.439.364	34.04	25.844	59.848	16.56	604
1864	37.386.343	53.46	31.021	84.481	22.52	444
1866	38.067.064	54.707	36.002	90.709	23.82	420
1872	36.401.924	50.444	37.554	87.998	24.40	410
1876	36.839.000	39.887	43.425	83.312	22.50	444

Pour qui s'en tiendrait à un examen superficiel, il résulterait des chiffres de ce tableau que, de 1835 à 1872, c'est-à-dire, en 35 ans, le nombre des aliénés, en France, a augmenté dans la proportion de 4,96 à 24, 4, en d'autres termes, qu'il a quintuplé.

Les chiffres inscrits dans le tableau qui précède n'ont pas cette signification.

Ils comprennent, en effet, deux éléments bien distincts, à savoir : les aliénés internés dans les asiles et les aliénés recensés à domicile. Or, si le chiffre des premiers peut être établi d'une façon précise, il est loin d'en être de même des seconds, sur lesquels, je le répète, il y a lieu de faire de sérieuses réserves. S'il ressort, en effet, du tableau I^{er} que le nombre des aliénés conservés à domicile a augmenté considérablement de 1835 à 1866, pour diminuer depuis cette époque, cela tient, surtout, à ce que les recensements de 1872 et 1876 ont été mieux faits que les précédents.

Je n'ai pas besoin de dire que le chiffre des aliénés

recensés à domicile, à toutes les époques, comprend surtout, des imbéciles, des idiots et des crétins. En 1856, sur 34,004 aliénés recensés à domicile, il y avait 22,300 idiots et crétins, c'est-à-dire 65,5 p. 100, ou près des deux tiers. En 1876, la proportion était de 80 p. 100, tandis qu'à la même époque, la proportion des idiots et crétins internés dans les asiles n'était que de 44,7 p. 100.

C'est qu'en effet, si l'on peut, sans grand danger, laisser vaguer en liberté un assez grand nombre d'imbéciles et de crétins, il est nécessaire d'interner la plupart des aliénés proprement dits.

Il résulte du tableau qui précède, qu'en 1876, il y avait en France, un aliéné sur 444 habitants. Je crois que si l'on confiait à des médecins spéciaux le soin de déterminer combien, sur une population donnée, il y a d'individus insuffisants ou mal équilibrés au point de vue intellectuel et moral, la proportion serait bien plus forte encore.

La France, du reste, ne fait point exception à cet égard, la proportion des aliénés est à peu près la même dans tous les pays où les recensements ont été faits avec soin.

§ II. — CAUSES DE L'AUGMENTATION DU NOMBRE DES ALIÉNÉS INTERNÉS.

Le chiffre des aliénés dans les asiles est aujourd'hui bien connu, surtout en ce qui concerne les existants au commencement de chaque année. Les écarts, insignifiants d'ailleurs, que l'on constate entre les chiffres provenant de sources différentes, doivent être attribués à ce que la population de plusieurs établissements mal définis et non classés, mais visités par les inspecteurs généraux du ministère de l'intérieur, figure dans nos relevés, et qu'elle n'est pas comprise dans ceux publiés par le ministère du commerce.

Mon deuxième tableau synoptique permet d'embrasser d'un coup d'œil :

1° Pour les années 1833 à 1882, le nombre des aliénés internés, mis en regard du chiffre de la population ;

Et pour les années 1842 à 1882 :

2° Le nombre des hommes et des femmes calculé séparément ;

3° La proportion des aliénés internés par rapport à la population.

Voici ce que nous enseigne l'examen de ce tableau.

1° De 1833 à 1882, le chiffre absolu des aliénés internés dans les établissements spéciaux s'est élevé, progressivement, de 10,539 à 49,012. Il a donc presque quintuplé.

L'augmentation a été régulièrement progressive : nous relèverons, cependant, deux exceptions : en 1850 et 1874. Le choléra de 1849 qui a été particulièrement meurtrier dans nos asiles d'aliénés, surtout chez les femmes, a fait descendre le chiffre des internés de 20,231 à 20,061. La guerre de 1870-1871 a amené une grande perturbation dans le service des aliénés ; dès 1874, d'ailleurs, nous avons perdu l'Alsace et une partie de la Lorraine, aussi le chiffre absolu de nos aliénés est-il descendu de 39,153, qu'il était au 1^{er} janvier 1870, à 38,945 en 1874, et à 37,273 en 1872. L'augmentation, d'ailleurs, a repris sa marche régulière dès 1873.

2° Le nombre relatif, autrement dit, la proportion des aliénés internés par rapport à la population, s'est élevée, de 316 à 1300 pour 1 million d'habitants ; il a donc plus que quadruplé.

L'augmentation du nombre proportionnel des aliénés a suivi, comme les nombres absolus, une marche régulière, à part les deux temps d'arrêt, que j'ai déjà signalés, en 1870 et 1874. Le diagramme n° 4 fait bien nettement ressortir cette marche régulièrement ascendante.

Je dois ajouter, cependant, que l'augmentation a été bien

TABLEAU II. — Existants le 1^{er} janvier des années 1825 à 1882.

ANNÉES	POPULATION		NOMBRE DES ALIÉNÉS		AUGMENTA- TION annuelle pour cent.	PROPORTION pour 10.000 hab.	HABITANTS pour 4 aliéné.
	Hommes.	Femmes.	Deux sexes.				
1835.....	33.346.571	"	10.539	"	"	3.16	3.464
1836.....	33.546.910	"	11.094	"	0.15	3.31	3.034
1837.....	33.678.763	"	11.429	"	0.08	3.39	2.947
1838.....	33.816.616	"	11.582	"	0.45	3.54	2.832
1839.....	33.954.469	"	12.077	"	0.16	3.70	2.700
1840.....	34.092.322	"	13.283	"	0.49	3.89	2.567
1841.....	34.230.178	"	13.887	"	0.46	4.05	2.465
1842.....	34.464.239	8.018	15.280	0.38	4.43	4.35	2.255
1843.....	34.698.300	8.285	15.786	0.42	4.55	4.49	2.193
1844.....	34.932.361	8.437	16.235	0.40	4.65	4.45	2.149
1845.....	35.166.422	8.566	17.039	0.31	4.86	4.36	2.051
1846.....	35.400.483	9.541	18.013	0.22	5.08	4.35	1.975
1847.....	35.634.544	10.235	19.023	0.22	5.36	4.365	1.865
1848.....	35.868.605	10.718	20.301	0.14	5.50	4.367	1.817
1849.....	36.102.666	10.713	20.933	0.08	5.68	4.37	1.767
1850.....	36.336.727	10.543	20.654	—	5.85	4.37	1.723
1851.....	36.570.788	9.632	20.353	0.35	5.97	4.37	1.676
1852.....	36.783.170	10.481	21.072	0.30	6.27	4.37	1.514
1853.....	36.854.427	11.643	22.435	0.35	6.62	4.509	1.509
1854.....	36.996.941	11.849	23.795	0.35	6.81	4.468	1.468
1855.....	36.068.198	12.036	24.896	0.09	6.90	4.453	1.433
1856.....	36.019.364	12.251	25.364	0.15	7.05	4.318	1.318
1857.....	36.254.942	13.612	26.305	0.21	7.33	4.366	1.366
1858.....	36.359.020	14.098	27.018	0.43	7.46	4.308	1.308
1859.....	36.485.098	13.352	27.578	0.28	7.73	4.273	1.273
1860.....	36.800.925	14.859	28.194	0.25	8.13	4.234	1.234
1861.....	37.382.945	15.697	30.439	0.45	8.49	4.185	1.185
1862.....	37.652.453	15.291	30.658	0.33	8.64	4.144	1.144
1863.....	37.922.613	15.892	31.105	0.17	8.61	4.112	1.112
1864.....	37.792.754	16.318	32.976	0.38	8.93	4.112	1.112
1865.....	37.930.914	16.755	33.840	0.26	9.23	4.071	1.071
1866.....	38.067.061	17.119	35.532	0.11	9.34	4.071	1.071
1867.....	38.302.194	17.468	35.448	0.20	9.54	4.048	1.048
1868.....	38.339.314	17.800	37.390	0.25	9.79	4.031	1.031
1869.....	38.407.439	18.271	38.447	0.26	10.03	996	996
1870.....	38.543.569	18.559	39.153	0.13	10.16	985	985
1871.....	38.679.699	18.509	40.436	0.09	10.07	983	983
1872.....	36.102.942	17.591	37.273	0.27	10.30	971	971
1873.....	36.260.928	18.424	39.767	0.50	10.80	937	937
1874.....	36.383.000	19.304	40.810	0.45	11.35	890	890
1875.....	36.613.000	19.914	42.077	0.40	11.45	874	874
1876.....	36.839.000	20.589	43.323	0.34	11.76	884	884
1877.....	37.007.000	20.559	43.954	0.09	12.35	842	842
1878.....	37.204.000	21.544	45.665	0.40	12.95	816	816
1879.....	37.300.000	21.966	46.530	0.14	12.99	803	803
1880.....	37.500.000	22.504	47.463	0.24	12.63	792	792
1881.....	37.600.000	22.713	48.080	0.13	12.76	782	782
1882.....	37.762.000	23.412	49.012	0.24	13.00	771	771

TABLEAU III. — Admissions, — Sorties, — Décès.

ANNÉES	ADMISSIONS				SORTIES				EXCÉDENT DES ADMISSIONS SUR LES SORTIES			
	H.	F.	D. S.	DIFF.	H.	F.	D. S.	DIFF.	H.	F.	D. S.	H. F. D. S.
												Proportion pour cent par rapport aux sorties.
1835.....	3,888	3,098	6,886	835	3,339	2,831	6,170	4,336	269	267	516	7,46
1836.....	3,843	3,438	6,798	112	3,403	2,936	6,339	4,699	257	202	459	7,55
1837.....	3,982	3,453	7,435	637	3,652	3,091	6,646	3,07	33	459	789	9,05
1838.....	3,984	3,684	7,618	83	3,515	3,079	6,594	— 32	379	565	944	10,79
1839.....	4,000	3,570	7,570	430	3,505	3,055	6,560	34	495	515	1,010	14,12
1840.....	4,033	3,663	7,696	416	3,879	3,260	7,139	579	144	503	547	16,86
1841.....	4,020	3,321	7,341	345	3,648	3,032	6,680	459	372	289	661	3,72
1842.....	4,079	3,457	7,536	195	3,938	3,432	7,366	1,086	121	281	— 170	10,48
1843.....	4,097	3,777	7,874	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1844.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1845.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1846.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1847.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1848.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1849.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1850.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1851.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1852.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1853.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1854.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1855.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1856.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1857.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1858.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1859.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1860.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1861.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1862.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1863.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1864.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1865.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1866.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1867.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1868.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1869.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1870.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1871.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1872.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1873.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1874.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1875.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1876.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1877.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1878.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1879.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1880.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52
1881.....	4,040	3,652	7,692	418	3,939	3,414	7,353	814	237	645	882	9,52

A partir de 1861 les entrées et les sorties par transfèrement sont déduites.

plus rapide dans les premières années qu'elle n'est aujourd'hui ; la première période de doublement, en effet, n'a été que de dix-sept ans, 1835 à 1852, tandis que la seconde a été de vingt-sept ans, 1852 à 1880. L'accroissement, cependant, est encore, en moyenne, depuis le 1^{er} janvier 1873, de 984 par année.

Je dois ajouter que la proportion des aliénés internés est encore moins élevée en France que dans la plupart des pays voisins, notamment, en Belgique, en Angleterre et en Ecosse (1).

Quelles sont les causes de cette augmentation : Je n'en connais que deux :

1^o L'excédent annuel du chiffre des admissions sur celui des extinctions, c'est-à-dire, des sorties par guérison, décès ou toutes autres causes ;

2^o L'augmentation du chiffre des admissions.

J'examinerai séparément ces deux causes d'augmentation de nature essentiellement différente.

Pour faire bien nettement ressortir l'influence de la première de ces causes, j'ai dressé un troisième tableau synoptique, dans lequel, en regard du chiffre annuel des entrées, j'ai inscrit, pour chaque année, le chiffre des extinctions par sorties ou par décès, puis, dans autant de colonnes séparées, l'augmentation ou diminution, d'une année à l'autre, des entrées et des sorties, l'excédent des admissions sur les sorties, et enfin, le rapport de cet excédent au chiffre des sorties.

Voici ce que nous enseigne ce tableau :

1^o Le nombre des extinctions a presque toujours été inférieur à celui des admissions. Le contraire n'a été

(1) Voici quelle était la proportion des aliénés sur un million d'habitants dans un certain nombre de pays :

Suède.	1883	441	Belgique	1881	4478
Norvège.	1883	574	Etats-Unis	1880	4850
Italie.	1881	612	Ecosse.	1881	4850
Danemarck	1883	989	Angleterre et		
France	1882	1300	pays de Galles.	1881	4890

observé qu'en 1849 et en 1870. En 1849, l'excédent des extinctions sur les admissions ne s'est même produit que chez les femmes qui ont été décimées par le choléra, surtout à Paris. En 1870 le chiffre des extinctions également, excède celui des admissions ; j'ai dit plus haut la raison de cette exception.

Cet excédent après avoir été de 47 p. 100 par rapport au chiffre des entrées dans la période 1835-1842 est descendu sensiblement, mais tout en oscillant entre 4,20 p. 100 en 1854 et 45,87 en 1860, sans qu'on puisse saisir bien nettement la cause de ces oscillations. Cette proportion a bien été dépassée pendant les années 1872 à 1874, mais cela tient à ce qu'après les deux années terribles 1870-1871, le mouvement des admissions, un instant suspendu, a repris avec une intensité nouvelle à partir de 1872.

Voici du reste ce qu'a été cet excédent, calculé par périodes quinquennales depuis 1835.

	Admis.	Sortis.	Excédent.	Proport. p. 100
de 1835 à 1841	34.333	29.253	5.080	17.40
1842 à 1846	36.007	32.309	3.696	11.42
1847 à 1851	39.339	35.867	3.472	9.67
1852 à 1856	44.606	42.796	1.810	4.22
1857 à 1861	51.883	46.731	5.152	11.03
1862 à 1866	55.246	51.527	3.719	7.22
1867 à 1871	56.555	53.373	3.182	5.97
1872 à 1876	59.247	51.507	7.740	15.00
1877 à 1881	64.046	58.490	5.556	10.05

Il ressort de l'examen de ce tableau que l'excédent du chiffre des admissions sur celui des extinctions, comparé au chiffre des sorties, tend plutôt à diminuer qu'à augmenter, ce qui doit déjà nous rassurer pour l'avenir.

Je dois ajouter que l'excédent dont il s'agit est moindre pour les hommes que pour les femmes, et cela dans la proportion de 100 à 119. Sur ce point quelques explications me paraissent nécessaires.

On croit généralement que la folie est plus commune

chez la femme que chez l'homme ; c'est le contraire qui est la vérité. D'où vient la cause de cette erreur ? L'examen des diagrammes ci-joints va nous l'apprendre.

Si l'on examine d'abord et séparément le diagramme n° 1, on y voit deux lignes à peu près parallèles et presque régulièrement ascendantes, qui représentent, la ligne pointée pour les femmes et la ligne pleine pour les hommes, le nombre absolu des aliénés recensés dans les établissements spéciaux au commencement de chacune des années 1835 à 1882. La ligne pointée, celle des femmes, reste constamment supérieure à celle des hommes ; et en effet, si l'on consulte le tableau n° 2 et si l'on compare de dix ans en dix ans le nombre des hommes internés à celui des femmes, on trouve les rapports suivants :

En 1842	pour 100	hommes internés	il y a	110	femmes
1852	— 100	—	—	108	—
1862	— 100	—	—	108	—
1872	— 100	—	—	111	—
1882	— 100	—	—	112	—
Année moyenne	100	—	—	110	—

De là à conclure que la folie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, il n'y avait qu'un pas, qui a été bien facilement franchi.

Eh bien ! l'examen attentif des faits a démontré que c'était une erreur.

Ce qui donne, en effet, la mesure de la fréquence de la folie, ce n'est pas le nombre des existants, mais celui des entrées.

Or il résulte de l'examen du tableau n° 3 et du diagramme n° 2, que le chiffre des hommes admis dans les asiles est constamment supérieur à celui des femmes : la différence est même plus sensible que celle qui ressort de la comparaison faite entre les existants de chaque sexe. Voici du reste ce que le calcul nous fournit à cet égard :

En 1842	pour 100	femmes	admises	il y a	116	hommes
1852	—	100	—	—	115	—
1862	—	100	—	—	111	—
1872	—	100	—	—	117	—
1880	—	100	—	—	112	—
Année moyenne	100	—	—	—	114	—

La raison de ces différences est facile à comprendre.

La folie névrose qui domine chez la femme guérit assez rarement et n'abrége pas notablement l'existence de celles qui en sont atteintes. Chez l'homme, au contraire, ce qu'on observe le plus fréquemment, c'est la paralysie, générale qui tue presque toujours en quelques années, et la folie alcoolique dont on ne guérit guère définitivement, je le veux bien, mais qui donne lieu dans les asiles à un grand mouvement d'entrées et de sorties.

Les restants en fin d'année ne comprennent donc qu'un nombre relativement peu élevé de paralytiques et d'alcooliques, tandis qu'on y relève un très grand nombre de folies névroses chroniques et incurables, qui tendent de plus en plus à encombrer nos asiles.

Je me résume sur ce premier point : la véritable mesure de la fréquence de la folie est fournie par les entrées, et en moyenne on admet chaque année dans les établissements spéciaux, 114 hommes pour 100 femmes. Les hommes sont donc plus exposés à devenir aliénés que les femmes, dans la proportion de 114 à 100.

J'en reviens à l'excédent du chiffre des admissions sur celui des extinctions, que j'ai considéré comme l'une des causes de l'augmentation du nombre des aliénés internés dans les asiles.

Nous nous trouvons ici en présence de trois facteurs : les admissions, les sorties, les décès.

Parlons d'abord des admissions.

En 1835, elles n'étaient que de 3369 ou autrement de 118

admis pour 1 million d'habitants. En 1848, dix ans après la promulgation de la loi sur les aliénés, la proportion était de 207 ; elle est aujourd'hui de 376 ; le chiffre relatif des admissions a donc plus que triplé depuis 1835.

A quelles causes faut-il attribuer cette augmentation ?

On est tout d'abord porté à l'attribuer à l'accroissement du nombre des cas de folie. Je réserverai ce côté de la question qui demande à être examiné séparément. J'ai d'ailleurs à signaler d'autres causes qui ne sont pas sans importance.

Les aliénés sont placés dans les asiles, soit par leurs familles, — placements volontaires, — soit par l'autorité administrative, — placements d'office.

L'augmentation des placements volontaires trouve sa raison d'être dans la confiance qu'inspirent de plus en plus aux familles les médecins placés à la tête des établissements d'aliénés, et aussi dans la disparition d'un fâcheux préjugé, d'un amour-propre mal placé, qui empêchaient naguère beaucoup de familles de placer leurs malades dans les asiles publics et privés.

Aussi est-ce sur les placements volontaires qu'a porté plus particulièrement l'augmentation du chiffre des entrées, surtout depuis quelques années.

Quant aux placements opérés par l'autorité administrative, ils ont augmenté dans une forte proportion, là surtout où de nouveaux établissements ont été ouverts et dans le voisinage de ces établissements.

Malheureusement, cette facilité de placements a déjà, dans quelques départements, amené des abus regrettables. On y interne dans les asiles, comme aliénés, des imbéciles inoffensifs, des déments hémiplegiques, des vieillards en enfance, des infirmes de l'intelligence, en un mot, dont la véritable place était autrefois, et n'aurait pas dû cesser d'être, dans les hospices d'incurables.

Fort heureusement, le remède est à côté du mal : l'aug-

mentation du nombre des entrées, en effet, est presque nulle aujourd'hui dans la plupart des départements pourvus d'un asile spécial : il y a donc lieu d'espérer qu'il en sera bientôt de même sur tous les points de la France.

La statistique nous apprend, d'ailleurs, que cette augmentation, qui était en 1842 de 12.5 p. 100 par rapport au nombre des entrées, n'était plus que 5.7 p. 100 en 1864 : elle n'est plus aujourd'hui que de 4.70 p. 100 (1).

On peut donc prévoir que le chiffre annuel des admissions cessera bientôt de s'accroître, ou ne s'accroîtra plus qu'avec le chiffre de la population.

C'est donc ailleurs qu'il nous faut chercher la cause de l'augmentation du nombre des restants en fin d'année. Nous la trouverons dans la diminution du nombre des sorties par guérison et par décès.

Voyons d'abord les guérisons.

Il n'est douteux pour personne que les aliénés sont beaucoup mieux traités aujourd'hui qu'autrefois. Le nombre des guérisons devrait donc, toutes choses égales d'ailleurs, aller en augmentant progressivement. Or, c'est le contraire qui a lieu. En 1864, le rapport des guérisons aux admissions a été, pour tous les asiles français, de 27,97 p. 100. En 1874, il n'était plus que de 24,8 p. 100. Cela provient uniquement, je le répète, de ce qu'aujourd'hui, beaucoup plus qu'autrefois, on admet dans les asiles des individus fatalement incurables, — idiots, déments séniles, déments hémiplegiques, etc. Et cela est si vrai que, si du nombre des admissions, on déduit cette catégorie de malades, le chiffre des guérisons s'élève à 38 à 40 p. 100.

Mais il existe un moyen à la portée de tous d'augmenter

(1) Il ressort de notre tableau III que l'augmentation a été relativement considérable en 1880 et 1884 ; mais comme il en est de même des sorties, il est probable que cette augmentation n'est qu'apparente et provient de doubles emplois.

le chiffre des guérisons, c'est de ne pas attendre, pour recourir à l'internement d'un aliéné, que la maladie soit devenue incurable. Personne, en effet, ne doit ignorer aujourd'hui que les chances de guérison diminuent rapidement, et dans une très forte proportion, à partir du second mois.

Quant au chiffre des décès, nous ne pouvons que nous féliciter de le voir diminuer progressivement. Il n'est plus aujourd'hui que de 42,5 par rapport à la population moyenne, et il tend à diminuer chaque année; mais il ne faut pas oublier que cette diminution du chiffre relatif des décès est une des principales causes de l'augmentation de la population de nos meilleurs asiles.

Quoi qu'il en soit, en regard de cent admissions annuelles, nous ne pouvons enregistrer, en moyenne, que vingt-cinq guérisons, quarante-trois décès et vingt-trois sorties pour causes diverses, en tout quatre-vingt onze extinctions, et il reste un stock de 9 p. 100 qui vient chaque année augmenter le chiffre des restants, c'est-à-dire la population de nos asiles.

Je me résume sur ce second point :

L'augmentation du nombre des restants en fin d'année provient de l'excédent des admissions sur les extinctions.

Les extinctions ont lieu par décès ou par sorties pour causes diverses.

Le nombre des décès tend à diminuer et nous ne pouvons que nous en féliciter.

Le nombre des guérisons peut et doit augmenter. Nous pouvons contribuer à cette augmentation en n'attendant pas, pour mettre les aliénés en traitement, que la maladie soit devenue incurable.

Nous le pouvons encore en ouvrant largement les portes des asiles aux aliénés curables et aux aliénés dangereux, mais en n'y admettant qu'avec discrétion ces infirmes de

l'intelligence dont la vraie place, à défaut de la famille, est dans les hospices de vieillards et d'incurables.

Je ne voudrais pas que mes paroles fussent mal interprétées, et qu'on me considérât à aucun titre comme partisan de mesures restrictives en ce qui concerne l'assistance publique.

Je la comprends, au contraire, et je la voudrais aussi large, aussi étendue que possible, mais à la condition qu'elle fût répartie avec intelligence et équité.

Quand la loi sur les aliénés sera appliquée comme le voulaient les législateurs de 1838, l'augmentation relative du nombre des aliénés n'aura plus d'autre cause que l'accroissement du nombre des cas de folie, point sur lequel il me reste à présenter quelques courtes observations.

§ III. — LE NOMBRE DES CAS DE FOLIE A-T-IL RÉELLEMENT AUGMENTÉ ET DANS QUELLES PROPORTIONS?

A aucune époque, le chiffre des admissions n'a représenté et ne représentera exactement le nombre des cas de folie qui se déclarent chaque année.

Quelques aliénés, en effet, sont traités et guérissent dans leur famille; d'autres, en bien plus grand nombre, y meurent sans avoir séjourné dans des établissements spéciaux : mais plus nous allons, plus ces faits deviennent rares, et on peut considérer actuellement le chiffre des entrées dans les asiles d'aliénés, déduction faite des transfèrements, comme représentant approximativement le chiffre relatif, si non encore le chiffre absolu des cas d'aliénation mentale.

Or, je crois avoir démontré que l'accroissement du nombre des admissions qui était, il y a quarante ans, de 12.5 par an, n'est plus aujourd'hui que de 4.70 p. 100. Le chiffre des admissions tend donc à rester stationnaire, et il l'est déjà, je le répète, dans la plupart des départements qui ont

des asiles bien organisés et où le service fonctionne régulièrement depuis un certain nombre d'années.

Est-il de meilleure preuve que l'augmentation du nombre des cas de folie, en admettant qu'elle soit réelle, est dans tous les cas, beaucoup moins considérable qu'on le pense généralement ?

Ce qui a contribué le plus à accréditer l'opinion que le nombre des cas de folie augmentait dans de très fortes proportions, c'est qu'il s'est produit dans la proportion relative des diverses espèces de maladies englobées sous le nom générique d'aliénation mentale, une évolution sur laquelle il me reste à dire un mot; c'est par là que je terminerai.

Il n'est pas douteux que nous voyons beaucoup plus qu'autre fois, surtout dans les grandes villes, des paralytiques, des alcooliques et des persécutés, et ce sont précisément ces trois catégories d'aliénés qui frappent le plus l'attention publique; mais, par contre, le chiffre des idiots diminue; quant aux crétins, dont le nombre dépassait autrefois 15 à 20,000, il sera bientôt difficile d'en rencontrer, même dans les gorges des Alpes et des Pyrénées.

Il me resterait à examiner si le nombre des aliénés; — en donnant à ce mot son acception la plus large — est aujourd'hui plus élevé qu'autrefois, qu'au siècle dernier, par exemple. Mais ici, comme les termes de comparaison nous manquent absolument, je préfère m'abstenir que d'aborder le domaine de l'inconnu.

DES TROUBLES INTELLECTUELS

SURVENANT DANS QUELQUES AFFECTIONS DE LA MOELLE
ET PLUS SPÉCIALEMENT DANS L'ATAXIE LOCOMOTRICE

Par le D^r Philippe REY

Médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard.

Au milieu des nombreuses recherches dont les maladies de la moelle ont été l'objet, dans ces derniers temps, la question des rapports de ces affections avec l'aliénation mentale semble avoir pris une place importante. Avec les travaux de Baillarger, Magnan, Foville, en France, et de Westphal, Tigges, Krafft-Ebing, en Allemagne, nous aurons à citer quelques publications plus récentes sur cet intéressant sujet que nous avons, nous-même, déjà traité à cette même place (1).

Ne voulant, aujourd'hui, que faire connaître les observations encore inédites que nous avons recueillies soit à Sainte-Anne, soit à Ville-Evrard, on nous pardonnera d'être sobre de citations et de nous borner à peu près exclusivement à l'exposition et à l'analyse des faits que nous avons eus sous les yeux.

(1) *Considérations cliniques sur quelques cas d'ataxie locomotrice dans l'aliénation mentale.* (Ann. méd. psychol., 1875, 4^e série, t. XIV.)

Les quatre observations suivantes se rapportent à des cas d'association d'ataxie locomotrice et de la paralysie générale.

Observation I.

SOMMAIRE. — Ataxie locomotrice, période d'état. — Céphalalgie violente
— Paralysie générale. — Pas de délire de persécution.

Baptiste D..., trente-huit ans, élève en pharmacie, entré à Sainte-Anne (Service de M. Dagonet) le 27 septembre 1872. Il présente de l'affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire, des idées ambitieuses, « il va fonder des pharmacies, gagner des centaines de mille francs..., » hésitation de la parole. Pas d'antécédents héréditaires connus. Comme affection antérieure, le malade n'accuse qu'une fistule à l'anus. A Paris depuis vingt ans, il a été employé dans différentes pharmacies. Il y a huit ans, maux de tête violents et douleurs dans les jambes revenant par accès; deux ans après, ces accidents se sont aggravés et, quatre ans plus tard, les douleurs ont atteint les membres supérieurs. Depuis huit mois ces symptômes se sont accompagnés d'incoordination des mouvements des membres inférieurs et supérieurs avec sensation de coton sous la plante des pieds. La mémoire s'est affaiblie depuis cette époque. Aujourd'hui, les symptômes de l'ataxie locomotrice sont : douleurs fulgurantes vives, incoordination des membres inférieurs, plus marquée pendant l'occlusion des paupières. Comme état mental : paralysie générale caractérisée par de l'affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire, des idées de richesses et de satisfaction et des troubles de la parole. Avril 1873, attaques épileptiformes.

Cette observation est bien incomplète, surtout au point de vue des renseignements sur les antécédents héréditaires et personnels. Cependant les débuts de l'affection médul-

laire et de l'affection mentale sont suffisamment indiqués et les caractères propres à chacune d'elles sont bien tranchés. Il ne peut y avoir aucun doute à cet égard. Signalons les maux de tête survenant avant tout autre accident; notons encore que, malgré la violence des douleurs, le malade n'a pas eu de délire de persécutions ni hallucinations ou illusions des sens.

Observation II.

SOMMAIRE. — Héritéité. — Ataxie locomotrice. — Période d'état. — Vertiges. — Paralyse générale. — Pas de délire de persécution

Antoine L..., quarant-six ans, horloger, entre à Sainte-Anne le 8 mars 1875 (Service de M. Dagonet). Ce malade présente de l'affaiblissement intellectuel avec diminution de la mémoire. Il est incohérent et n'a qu'une conscience très incomplète de sa situation; on note de l'embarras de la parole. En outre, il est atteint d'ataxie locomotrice. Comme antécédents héréditaires : mère hémiplegique, frère tuberculeux.

Le malade a été d'abord marchand de vins; il a eu la syphilis à vingt ans. Garde national pendant le siège, il aurait eu à souffrir du froid et de l'humidité. Il était depuis longtemps sujet à des vertiges, quand, il y a deux ans, il a eu des troubles de la vue (affaiblissement, diplopie) et des douleurs orbitaires. Quatre ou cinq mois après, fourmillements, crampes et douleurs dans les membres inférieurs, accidents suivis peu à peu d'un peu de difficulté dans la marche.

De l'embarras de la parole se serait montré presque au début des accidents.

État actuel : pas de douleurs dans les membres; l'incoordination des mouvements est très marquée; la sensation tactile est notablement altérée, la vue est affaiblie et le malade se plaint toujours de maux de tête.

Nous n'avons observé ce malade que peu de temps; mais cette courte observation est intéressante, car le diagnostic des deux affections, d'une part ataxie locomotrice, et de l'autre paralysie générale à forme apathique, est bien établi. Elle est encore intéressante au point de vue des antécédents, héréditaires et personnels, et à cause de la prédominance des troubles céphaliques au début et dans les cours de l'affection (*céphalalgie, troubles de la vue et vertiges*). Ici encore, pas de délire de persécution.

Observation III.

SOMMAIRE.—Frère aliéné; accidents congestifs anciens. — A trente ans, début de l'ataxie locomotrice; troubles intellectuels en 1881. — Au début: idées de persécution, interprétations délirantes, hallucinations; puis affaiblissement des facultés, perte de la mémoire, idées de richesses, troubles de la parole. — Mort. — Autopsie: épaississement et adhérences des méninges. — Granulations ventriculaires.

Claude C..., soixante-six ans, peintre en bâtiments, entré à Ville-Evrard le 14 juin 1881 (Service de M. de Lamaëstre). Dès les premiers jours, on note de l'excitation avec prédominance d'idées de persécution, hallucinations de la vue et de l'ouïe. Il voit des individus qui l'électrisent et qui se moquent de lui. On note de l'affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire, et les symptômes de l'ataxie locomotrice. Crétin a eu un frère aliéné; un autre avait des douleurs dans les jambes. Comme antécédents personnels: pas de coliques de plomb. A vingt-cinq ans, il est sujet à de violents maux de tête; vers cette époque, il eut une attaque avec perte de connaissance, sans accidents paralytiques consécutifs. Les maux de tête persistèrent ainsi que de fréquents vertiges. Trois ans après, troubles de la vue et douleurs dans les membres inférieurs; avec sensations de brûlure sur différentes parties du corps. La marche est devenue difficile et quatre ou cinq mois après le début des

accidents, il a dû se servir de béquilles. Les troubles de la motilité avaient gagné les membres supérieurs. Cet état dura dix mois, puis survint une amélioration sensible. En 1872, aggravation des accidents, douleurs fulgurantes très vives. A cette époque, il a été traité, à plusieurs reprises, dans différents hôpitaux de Paris.

Les premiers troubles intellectuels ne datent que de quelques mois. Avant son entrée, le malade accusait sa femme de lui mettre des charbons dans son lit et de l'électriser; il se levait la nuit, voyait des souris...

Pendant plusieurs mois, il ne survient aucun changement notable dans l'état du malade; mêmes idées de persécution, il pousse des cris, injurie des voisins, dit qu'on lui fait manger des excréments, qu'on lui lance des éclairs, etc...

L'incoordination des mouvements des membres inférieurs et supérieurs est caractéristique; la force musculaire est conservée.

4 octobre 1884. — Le malade alité depuis quelques jours ne peut se tenir debout ni marcher sans un aide; cependant il lève bien les jambes au-dessus du plan du lit.

La sensibilité est obtuse surtout à gauche, pupilles rétrécies et égales, tremblement de la langue, hésitation de la parole. Le malade est plus calme; les idées de persécution persistent cependant: on lui chatouille les yeux et les jambes avec un fil de fer, il voit le mur lui tomber sur la tête; quelque temps après, le malade a des idées de richesses: « On lui a volé 50,000 fr. », perte de la mémoire; nulle conscience de sa situation, il devient gâteux et il tombe progressivement dans le marasme. Mort le 5 novembre 1884.

Autopsie. — Rien au crâne, si ce n'est quelques adhérences avec la dure-mère, vers la région frontale. Epaissement et opalescence des méninges avec suffusions sanguines disséminées et adhérences avec la substance

cérébrale. A droite, on trouve une petite tumeur du volume d'une noisette, d'une consistance fibreuse, rougeâtre, adhérente à l'arachnoïde qui recouvre le prolongement antérieur de la scissure de Sylvius. A droite également, adhérences très fortes de la corne sphénoïdale avec la dure-mère. Le cerveau est très ramolli, et particulièrement le corps calleux, les parois ventriculaires et les lobes sphénoïdaux. Pas de lésions circonscrites. Granulations épendymaires plus abondantes sur le plancher du quatrième ventricule.

La moelle est complètement ramollie. Elle n'a pu être examinée, même après un séjour assez prolongé dans le liquide de Muller. La troisième vertèbre dorsale est vivement injectée et friable. Aucune trace de contusion dans les parties molles. On trouve, en outre, une fracture de côtes, avec consolidation vicieuse. Le cœur est hypertrophié, les valvules sont couvertes d'athéromes. Les autres organes thoraciques et abdominaux ne présentent rien de particulier.

Cet homme était manifestement atteint d'ataxie locomotrice. Cette affection datait de plusieurs années, quand sont apparus les premiers troubles intellectuels. Au début, l'état mental était caractérisé par de l'excitation avec prédominance des idées de persécution, hallucinations de la vue et de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale et spéciale. Plus tard, le malade a présenté des symptômes de paralysie générale : affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire ; idées de richesses, hésitation de la parole, avec persistance de troubles de la sensibilité, qui ont présenté des périodes de calme et d'exacerbation en rapport avec des états correspondants de l'affection spinale. Les accidents congestifs tels que céphalalgie, vertiges et attaques survenus à l'âge de vingt-cinq ans, doivent-ils être considérés comme appartenant à la période prodromique de l'ataxie ou bien ces accidents sont-ils dus à des habitudes,

alcooliques qui n'ont jamais été avouées, il est vrai, mais, que les hallucinations caractéristiques, les frayeurs nocturnes nous feraient admettre? Nous aurons à revenir plus tard sur ces accidents en essayant d'interpréter les troubles intellectuels qu'ont présentés nos malades.

Observation IV.^e

SOMMAIRE. — Homme. — Excès de boisson. — Chute de la paupière supérieure, strabisme. — Douleurs. — Mouvements ataxiques des membres supérieurs et des membres inférieurs. — Hésitation de la parole. — Démence. — Idées de satisfaction et idées hypochondriaques, idées de richesses. — Hallucinations de la vue et de l'ouïe. — Troubles de la sensibilité. — Interprétations délirantes. — Mort. — Autopsie : opacité et épaississement des méninges, adhérences avec la substance cérébrale, atrophie de la couche corticale, granulations ventriculaires. — Moelle : sclérose des cordons postérieurs.

V..., trente-quatre ans, marchand ambulant, entré le 29 septembre 1884 à Ville-Evrard (service de M. Lemaître). Un malade qui l'a connu nous affirme l'avoir vu fréquemment en état d'ivresse; ce sont les seuls renseignements que nous ayons, ce malade est incapable d'en fournir et il n'a jamais reçu de visite. A son entrée, on note de l'affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire; il ne paraît avoir aucune conscience de son état, il ignore le motif de son placement à l'asile; il ne sait ni le mois ni l'année. Il se trouve bien portant, prétend gagner 45.000 francs par an en vendant des éponges.

Symptômes physiques : hésitation de la parole, chute de la paupière supérieure gauche, avec strabisme externe et dilatation plus marquée de la pupille gauche; les deux pupilles se contractent; tremblement de la langue et des lèvres; le malade est faible et malpropre. La démarche est manifestement ataxique; il écarte les jambes, jette les pieds en dehors, frappe le sol du talon. Ces phénomènes s'exagèrent pendant l'occlusion des paupières, le malade dit alors qu'il marche sur un tapis. Incoordination des mouvements

des membres supérieurs; surtout à droite; sensibilité cutanée à peu près conservée, la vue ne paraît pas altérée; pouls, 68; température normale.

40 janvier 1882. — Même état de démence, idées de richesses mêlées à des idées hypochondriaques; le malade se plaint de douleurs sans pouvoir en préciser le siège; il parle à voix basse « pour ne pas se fatiguer ». « On lui a changé sa tête, ses bras, ses jambes; on lui dit des injures; il voit des fantômes. » Quelquefois le malade se met à crier et dit qu'on l'électrise.

Pas de changement pendant les mois suivants.

Octobre 1882. — Faiblesse générale, rétention d'urine; ballonnement du ventre et de l'épigastre. Le malade accuse, de temps en temps, les mêmes troubles de la sensibilité.

Février 1883. — Même état, légère tuméfaction du genou droit. Pouls, 60; t. ax. 36°. Mort le 19 avril 1883.

Autopsie. — Le crâne est injecté et présente quelques adhérences avec la dure-mère, vers la région frontale. Liquide abondant dans la cavité de l'arachnoïde; adhérences de la dure-mère le long de la grande scissure. Opacité des méninges avec injection vers la région pariéto-occipitale; adhérences disséminées avec la substance grise; injection de la pie-mère; liquide abondant dans les ventricules et granulations de l'épendyme. Poids de l'encéphale 4290. La moelle a été enlevée. Les organes thoraciques et abdominaux ne présentent rien de particulier. M. Magnan qui a examiné le cerveau et la moelle a bien voulu nous communiquer la note suivante :

« Des coupes sur les circonvolutions font voir une atrophie de la couche corticale plus accusée dans certains points où l'on remarque une teinte assez nette d'un gris gélatineux. Quant à la moelle, elle offre une sclérose des cordons postérieurs qui envahit partiellement les cordons latéraux à mesure que l'on approche de la région lombaire. »

Les lésions de la troisième paire crânienne ayant eu pour

conséquence la chute de la paupière supérieure et le strabisme externe auraient été un des premiers symptômes de l'ataxie locomotrice, elles peuvent avoir été l'origine de la paralysie générale par propagation à l'encéphale, ainsi que quelques auteurs, notamment Billod et Achille Foville en ont cité des exemples. On voit donc le double intérêt que présente cette observation. Malheureusement les antécédents du sujet nous sont peu connus. Nous avons toute raison de croire cependant que l'ataxie locomotrice a précédé les troubles intellectuels. Ceux-ci, au début, auraient présenté une forme mélancolique avec stupeur, mutisme, refus d'aliments. Plus tard notre malade a offert un mélange d'idées de satisfaction et d'idées hypochondriaques, et la démence avec perte de la mémoire et des troubles de la parole, en un mot, tous les symptômes de la paralysie générale. Les phénomènes sur lesquels nous devons porter plus particulièrement notre attention sont les hallucinations de la vue et de l'ouïe et les troubles de la sensibilité générale et spéciale avec interprétations délirantes. Cet individu était alcoolique. C'est là un point important pour le sujet qui nous occupe.

Ces quatre observations d'ataxie locomotrice avec paralysie générale viennent s'ajouter à celles que nous avons déjà publiées, et elles forment, avec elles, une série déjà importante sinon par le nombre, du moins par un ensemble de caractères communs. En effet; sur les six cas d'ataxie locomotrice associée à la paralysie générale que nous avons observés, nous avons vu la paralysie générale apparaître à la période d'état de l'affection médullaire. Les troubles céphaliques ont toujours été très accentués et prédominant soit au début soit dans le cours de la maladie; ils se sont fréquemment accompagnés d'attaques apoplectiformes.

Les antécédents, généralement mal connus, nous révélaient cependant la fréquence de l'hérédité soit congestive

soit vésanique. La syphilis n'a été notée que deux fois.

Chez la plupart de nos malades, les troubles intellectuels habituels de la paralysie générale ont alterné avec des idées de persécution, des hallucinations et des illusions sensorielles. Dans plusieurs cas d'ataxie locomotrice liés à des formes d'aliénation mentale autres que la paralysie générale, nous avons aussi enregistré des antécédents héréditaires, des antécédents personnels. Nous avons trouvé en effet chez tous, soit des habitudes alcooliques, la syphilis, les privations et chez tous aussi nous voyons les troubles céphaliques tels que : céphalalgie, vertiges, troubles de la vue, bourdonnements d'oreilles, en un mot des phénomènes congestifs plus ou moins intenses précéder l'explosion des troubles intellectuels. Comme antécédents héréditaires, là où ils ont pu être connus, nous avons trouvé des accidents congestifs ou paralytiques, et la folie, chez les ascendants ou les collatéraux.

D'autres affections de la moelle peuvent se compliquer de paralysie générale ou d'une autre forme d'aliénation mentale et présenter des manifestations délirantes analogues à celles que nous venons de décrire. Nous en citerons quelques exemples :

Observation V.

SOMMAIRE. — Homme. — Antécédents héréditaires et personnels. — Troubles congestifs. — Paraplégie incomplète. — Paralysie générale consécutive. — Idées de persécution. — Hallucinations. — Troubles de la sensibilité.

Antoine J..., trente-deux ans, entré à Sainte-Anne (service de M. Dagonet) le 7 août 1872. Sa mère était sujette à de fréquents évanouissements. A dix-huit ans, le malade a eu une fièvre typhoïde grave. Environ trois ans avant son entrée, il a eu de violents maux de tête, des troubles de la vue, puis les membres inférieurs se sont affaiblis. A cette même époque il se plaignait de douleurs dans la région lombaire

et de crampes dans les jambes et dans les bras. Sept mois après le début des accidents, il a eu des attaques, les troubles intellectuels ont éclaté quelques mois seulement avant l'admission du malade à Sainte-Anne. Mais, déjà, son caractère avait changé, il était devenu très irritable. Il a eu d'abord des idées de richesses, il comptait par millions, faisait de grands projets. A son entrée, les certificats d'admission notent un état maniaque intermittent, de l'incohérence avec accès d'agitation, du délire de persécution et des hallucinations. Ils notent également de la paraplégie avec contracture légère.

Le malade marche en traînant les jambes et faisant de grands mouvements du bassin; il n'y a pas d'incoordination proprement dite; la sensibilité est très émue surtout à droite où les troubles de la motilité sont également plus marqués. Pupilles inégales, hésitation de la parole.

Pendant les quelques mois que nous avons pu observer le malade, nous avons noté des idées de persécution, des hallucinations de l'ouïe; « on lui dit des injures, on insulte sa femme, on veut l'empoisonner. » On note aussi quelques préoccupations hypochondriaques, alternant avec des idées de richesses. Il fait des cadeaux à ses camarades, on lui a télégraphié qu'il est roi de Pologne, M. Thiers va le prendre pour interprète. Accès d'agitation assez fréquents; attaques épileptiformes à deux époques différentes suivies chaque fois d'une aggravation des phénomènes paralytiques. Le malade a été transféré à Bicêtre.

Observation VI.

SOMMAIRE. — Homme. — Hérité congestive. — Antécédents personnels. — Maux de tête fréquents. — Excès de boisson. — Douleurs lombaires. — Angine de poitrine. — Paraplégie. — Troubles intellectuels. — Idées de persécution. — Hallucinations. — Illusions sensorielles.

D..., comptable, cinquante-trois ans, entré le 3 novembre 1883. Père mort d'une attaque d'apoplexie à qua-

rante-sept ans. La mère est morte d'une affection du cœur, frère mort subitement à quarante-cinq ans. Antécédents personnels : Fièvre cérébrale à l'âge de six ans. Fièvres intermittentes. Rhumatisme en 1877. Excès de boisson, particulièrement de vin blanc et d'absinthe. En 1879, douleurs lombaires, traitées par les pointes de feu et l'électricité. En 1882, attaques d'angine de poitrine, zona à gauche et hémiplegie incomplète du même côté. A cette même époque, il avait du tremblement des membres. La vue s'était affaiblie depuis deux ans et les maux de tête, déjà fréquents depuis plusieurs années, étaient devenus plus violents. En octobre 1883, douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs avec paraplégie incomplète. Le malade était alors à l'hôpital de la Pitié où il a eu un accès de délire de persécutions avec hallucinations et troubles de la sensibilité : il entendait ses voisins le menacer de coups de couteaux ; il a cru même qu'on les lui enfonçait dans le cœur. Il a été transféré à Sainte-Anne. Actuellement le malade a des troubles de la vue. Affaiblissement, diplopie¹ plus marquée à gauche ; dureté de l'ouïe de ce même côté. La sensibilité est très obtuse surtout à gauche ; les douleurs persistent dans les membres inférieurs et supérieurs ; le malade marche avec des béquilles, en traînant les jambes, sans incoordination des mouvements proprement dite ; il perçoit mal la résistance du sol ; la force musculaire est conservée au membre supérieur droit ; le gauche est sensiblement plus faible ; on observe du tremblement des membres supérieurs et de la tête, celui-ci moins marqué ; la parole est embarrassée. On note en outre des signes d'une hypertrophie du cœur.

Depuis son entrée, le malade présente l'état mental suivant : les facultés intellectuelles et la mémoire sont peu affaiblies ; le malade se rend compte de sa situation et se montre assez résigné ; mais les hallucinations de l'ouïe persistent ainsi que les idées de persécution. Il se croit en

butte à la malveillance non seulement des infirmiers, mais encore des autres malades. On le menace, on lui adresse des injures. Parfois, il se couvre la tête de son drap pour ne rien entendre. De plus, le malade est un morphinomane, et c'est avec tous les signes de la plus vive anxiété qu'il attend l'unique injection journalière qu'on lui ait conservée.

Observation VII.

SOMMAIRE. — Homme. — Héritéité vésanique. — Débilité mentale. — Excès de boisson. — Paraplégie intermittente. — Délire de persécutions. — Hallucinations. — Affaiblissement de l'intelligence.

C..., trente-ans, entré le 7 mars 1880. Père inconnu. La mère est d'une intelligence très bornée. Tante maternelle aliénée. Enfance malade, traité plusieurs fois à Sainte-Eugénie pour des éruptions, et une fracture du bras. Il n'a jamais pu apprendre à lire couramment. Etant soldat à vingt-deux ans, il a contracté des habitudes d'ivresse; il a été condamné à cinq ans de prison pour injure à un chef. Etant au pénitencier, les jambes se sont affaiblies; transporté au Val-de-Grâce, il y est resté trois ans sans pouvoir marcher. Cette paraplégie est survenue lentement. Avec la faiblesse des membres inférieurs, il avait éprouvé des fourmillements et quelques douleurs sourdes, de l'incontinence d'urine; il aurait eu également des accès épileptiformes. Puis il a été envoyé chez sa mère où il a été pris d'un accès de délire avec frayeurs, cris, violences. Il a été, aussitôt, conduit à l'infirmerie de la Préfecture de police. A son entrée, on note de l'affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire, des idées de persécution; il croit qu'on va le jeter en prison; on le menace de le tuer. Ses idées hypochondriaques sont liées apparemment à des troubles de la sensibilité, son dos est en caoutchouc, tout son corps est disloqué; il a un mouvement de pendule dans la tête; quand il est couché, son cœur se gonfle et lui coupe la respiration, etc. Le som-

meil est irrégulier; dans ses rêves, il voit des animaux, des batailles, des capitaines qui le menacent.

On note du tremblement de la langue et des troubles de la vue, il lui semble que les objets sont vacillants et prennent différentes formes. La force musculaire est notablement diminuée, surtout à gauche où la sensibilité est abolie. Telles sont les notes que nous avons extraites de l'observation médicale rédigée dans la première quinzaine.

Actuellement le malade accuse vaguement des douleurs et des troubles de la vue; la sensibilité est obtuse. Nous l'avons vu à trois reprises frappé de paraplégie presque complète, suivie chaque fois d'une rémission d'une durée variable. Cependant les membres inférieurs sont toujours faibles; pendant la marche, la pointe du pied tourne en dedans et traîne un peu sur le sol. Il a du tremblement des mains, et un léger embarras de la parole.

L'état mental est caractérisé par un affaiblissement très notable des facultés intellectuelles et de la mémoire. Le malade est incapable de donner aucun renseignement sur ses antécédents; ses réponses sont très incohérentes. Il a de fréquents accès d'agitation avec hallucinations de l'ouïe et interprétations délirantes, violences et injures envers ses camarades. Dans l'intervalle des accès, le malade est toujours extrêmement irritable.

Observation VIII.

SOMMAIRE. — Femme. — Céphalalgie. — Troubles de la vue, vertiges, attaques avec perte de connaissance. — Douleurs aiguës dans les membres inférieurs et supérieurs. — Troubles de la motilité. — Délire mélancolique. — Hallucinations, idées de persécution. — Tentative de suicide.

B..., quarante-deux ans, ouvrière en perles, entre à Ville-Evrard le 15 juillet 1882. La mère avait fréquemment des douleurs et se livrait quelquefois à des excès de boisson. Le père est mort d'un cancer du pylore. Sur six

enfants, trois sont morts jeunes, deux autres sont bien portants; notre malade est la dernière. Elle dit avoir été réglée à l'âge de onze ans et demi, et n'avoir eu ni retard, ni suspension jusqu'au début de la maladie actuelle. Pas de maladie antérieure; la malade affirme n'avoir jamais fait d'excès d'aucune sorte; rien dans les antécédents ne permet de soupçonner la syphilis.

En 1880, la malade déjà sujette aux maux de tête, éprouvait des vertiges fréquents, des bourdonnements d'oreilles et des troubles de la vue. A cette époque, elle a eu des attaques avec perte de connaissance qui auraient été suivies d'hémiplégie passagère. Plus tard, apparaissent des douleurs dans les membres inférieurs et supérieurs et des tremblements des mains.

C'est quelques mois seulement avant l'admission de la malade à l'asile, que les troubles intellectuels ont paru, caractérisés, au début, par un état de dépression mélancolique, entretenu par l'idée qu'elle ne guérirait jamais. Puis surviennent des idées de persécution; elle croyait que sa concierge et les locataires de la maison lui en voulaient, faisaient courir de vilains bruits sur son compte; elle avait des hallucinations de l'ouïe et de la vue, elle voyait des fantômes, des gens qui la menaçaient de l'enlever; on lui faisait peur. C'est sans doute sous l'influence des hallucinations terrifiantes qu'elle s'est précipitée dans la Seine.

Nous trouvons le diagnostic de paralysie générale inscrit dans les certificats d'entrée. Depuis plusieurs mois que nous observons la malade, nous n'avons pu nous ranger à cette opinion. Quelques symptômes du début, tels que céphalgie, vertiges, troubles de la vue, sont accusés par la malade; nous notons, en outre, un embarras particulier de la parole; elle est lente, les mots sont scandés, mais sans bégaiement. Un tremblement rythmique occupe les membres supérieurs et la tête, mais seulement quand on lui fait exécuter

des mouvements ou qu'on la fait marcher. Aux membres inférieurs, on n'observe que de la parésie, surtout à gauche.

Cet ensemble de symptômes physiques, et en particulier le caractère et le siège du tremblement, nous a fait diagnostiquer une sclérose en plaques disséminées.

Depuis son entrée, la malade est tranquille; les facultés intellectuelles et la mémoire sont affaiblies. On a observé des périodes de dépression mélancolique avec idées hypochondriaques, alternant avec des périodes de calme durant lesquelles la malade peut se livrer à quelques travaux d'intérieur. Depuis un mois environ, elle est plus triste, elle dort peu; les hallucinations de la vue sont plus fréquentes, elle voit des cimetières, des tombes, des fantômes. Elle se plaint de douleurs plus vives dans les membres inférieurs, supérieurs et particulièrement dans la région thoracique. Cependant la malade est tranquille; les idées de persécution n'ont pas reparu.

Nous voyons encore chez ces malades les troubles intellectuels apparaître à une période avancée de l'affection médullaire. Nous notons aussi des idées de persécution, des hallucinations et des illusions sensorielles ayant un caractère intermittent, mais, avec persistance, chez l'un (Obs. V) des symptômes propres à la paralysie générale et chez les trois autres d'un état d'affaiblissement des facultés intellectuelles plus ou moins marqué et même d'un état de démence.

Nous avons déjà signalé la fréquence des troubles de la sensibilité accusés par les aliénés ataxiques et le rapport qu'ils présentent souvent, par leurs caractères et leur mode d'apparition, avec quelques-uns des symptômes de l'affection médullaire. M. Rougier (1) va plus loin. D'après cet auteur, le délire dans l'ataxie locomotrice serait dû uni-

(1) Essais sur la typhémanie et le délire de persécution chez les tabétiques. Thèse de Lyon, 1884.

quement à l'extension de la lésion aux nerfs crâniens et il conclut à l'existence d'une aliénation mentale spéciale à cette catégorie de malades. Cette théorie est assurément fort séduisante; mais elle ne nous paraît pas rigoureusement établie par les faits. Les symptômes caractéristiques de ce prétendu délire tabétique se montrent également dans d'autres affections de la moelle qui n'intéressent pas exclusivement le système nerveux sensitif. Du reste on s'expliquerait mal la rareté de cette complication en présence des cas nombreux où les troubles sensitifs propres à la maladie médullaire sont au grand complet et des plus intenses. D'un autre côté, il n'est pas une affection organique qui ne puisse être le point de départ d'une idée délirante et imprimer un caractère particulier à l'état mental. Nous en citerons quelques exemples :

S..., trente-quatre ans; mère morte d'une attaque d'apoplexie; frère en état de démence; douleurs rhumatismales à l'âge de trente-quatre ans. Il y a cinq ans, le malade a été opéré de la cataracte. Depuis très longtemps le malade marchait difficilement, il avait des douleurs aux genoux, aux pieds et aux mains avec engourdissement des extrémités; il n'a jamais eu de douleurs dans les yeux. Au mois de mai, à la Pitié, il a eu du délire avec idées de persécution. Actuellement on trouve chez lui la *déformation caractéristique du rhumatisme articulaire chronique des orteils et des doigts avec ankylose du genou droit*... Il se plaint de douleurs dans les membres, prétend qu'on lui serre les jambes avec des liens; on met du poison dans ses aliments; sa boisson lui laisse un goût amer dans la bouche. Bavardage continuel; plaintes; il entend parler des membres de sa famille; on dit qu'il est mort; on lui lave la figure avec de l'eau forte, etc.

O..., atteint depuis longtemps d'un délire de persécutions, n'a jamais accusé aucun trouble de la sensibilité. Un

rhumatisme aigu du genou provoque des illusions sensorielles; il prétend « *qu'on lui électrise le jarret* ».

H..., quarante-huit ans. Habitudes alcooliques. Démence paralytique. Embarras de la parole. Pupilles inégales. Faiblesse musculaire. Délire ambitieux: « il est le schah de Perse... prince de Bismarck... » Le malade a en outre des accès d'agitation avec idées de persécution et des troubles de la sensibilité. On veut lui faire un mauvais parti, on lui raccourcit les membres, on lui introduit des vermifuges, on le mutile, etc.

L.... Paralytie générale, idées de richesses et de satisfaction. Embarras de la parole. Inégalité pupillaire. Accès fréquents d'agitation avec prédominance d'idées de persécution. Il dit alors qu'on lui en veut, des gens qui sont dans le souterrain l'insultent, on lui fait des misères, on le masturbe, etc.

Nous pourrions citer d'autres exemples que nous avons encore sous les yeux.

Il est évident que, dans la plupart des cas, ainsi que l'a dit M. Luys, la cause organique de ces troubles nous échappe. Nous les avons vus assez fréquemment liés à des antécédents alcooliques, surtout chez les paralytiques généraux.

Pour nous, nous croyons que, en dehors des causes individuelles telles que : excès alcooliques, traumatisme crânien, privations, etc., les deux facteurs principaux de cette association de la folie et les différentes affections de la moelle sont : l'hérédité et les troubles congestifs qui surviennent soit au début soit dans le cours de l'affection médullaire. Notre petite statistique indiquerait que l'hérédité congestive est plus fréquente que l'hérédité vésanique et que l'aliénation mentale accompagne surtout les formes céphaliques de l'affection médullaire.

Archives cliniques

98

ASILE DE PRÉMONTRE. — SERVICE DE M. LE D^r VIRET.

Observation recueillie par M. le D^r Millet, médecin adjoint.

Sarcome de la dure-mère à droite. — Hallucinations unilatérales du côté droit.

M. D... Amédée, soixante-trois ans, marchand épicier, entre à l'asile de P... le 9 août 1880.

Sa mère, âgée de quatre-vingt-quinze ans, a été sujette, pendant une dizaine d'années, à partir de l'âge de cinquante ans, à des attaques épileptiformes consistant en chute avec perte de connaissance et écume à la bouche; ces attaques revenaient tous les quinze jours, ou tous les mois, quelquefois tous les deux ou trois jours, et étaient suivies, tantôt du retour immédiat de toutes les facultés, tantôt d'hébétude, d'état vertigineux obligeant la malade à garder le lit pendant quelques jours, elles ont disparu complètement à l'âge de soixante ans.

M. D... a toujours été sobre : atteint d'une affection cérébrale en 1857, il délira pendant trois ou quatre semaines, et pendant toute sa maladie il invoqua le patron de sa paroisse auquel il attribua ensuite sa guérison.

Vingt ans après, en octobre 1877, trois ans environ avant son entrée à l'asile, il devint épileptique : la première attaque le surprit comme il travaillait dans un champ : il sentit sa tête tourner et tomba sans connaissance. Dans les

attaques suivantes ses deux bras étaient ordinairement agités de mouvements convulsifs, mais il n'avait pas d'écume à la bouche et ne se mordait pas la langue. En revenant à lui après dix minutes ou un quart d'heure, il se sentait un peu égaré et comme en état de vertige, il n'était pas solide sur ses jambes et serait tombé facilement. Il conservait un souvenir vague du début de ses attaques, mais ne se rappelait nullement ce qui se passait après la chute.

Au début, les crises plus violentes et plus fréquentes que dans la suite, revenaient au nombre de cinq ou six par jour au moins, et le malade ne passait jamais huit jours sans en avoir. Il prit alors beaucoup de bromure de potassium ; les crises devinrent de plus en plus rares, et quelque temps avant son arrivée à l'asile, il venait de passer deux mois sans en avoir.

Dans l'intervalle des attaques, ses facultés intellectuelles se montraient progressivement affaiblies, et il exprimait quelques idées délirantes ; il manifestait des idées de suicide, ne voulait pas rester chez lui, et en partait à tout moment sans dire où il allait ; c'est ce qui a décidé sa famille à le placer.

24 août 1880. — Vertige hier soir ; au moment de se coucher, le malade prend ses draps et les secoue sans savoir ce qu'il fait ; pendant la nuit, vers une heure, attaque d'épilepsie assez longue.

30 août. — Série de crises avec chute depuis deux jours : ce matin il a déjà éprouvé trois attaques ; il est tout troublé, cherche, mais en vain, ses idées, se plaint de céphalalgie.

31 août. — Le malade est toujours troublé, effrayé ; il entend des coups de fusil que l'on tire sur lui, fait des gestes pour éviter les balles, monte sur les croisées pour se jeter dans la cour, ou bien veut se servir de sa cravate pour s'étrangler : « Ah, les misérables ! s'écrie-t-il, je ne suis

pas coupable, ma femme n'est pas coupable. » Il refuse de manger pendant toute la journée.

3 septembre. — Quoique encore un peu troublé, le malade est mieux que les jours précédents.

Décembre. — Le malade a toujours des crises, mais le délire a à peu près disparu.

9 février 1883. — Pendant ces deux dernières années, D... est resté souvent plus d'un mois sans avoir d'attaque, et lorsqu'il en avait, ce n'était pas plus d'une ou deux par jour. Quand il doit en éprouver, il ressent une sorte d'affaissement général, sa vue se brouille, il ne voit ni n'entend plus rien, tout tourne autour de lui, il ne répond presque pas aux questions qu'on lui fait, et est incapable de se rendre compte de sa situation; il garde alors ordinairement le lit pendant un jour ou deux; s'il essaie de se lever, il marche en vacillant et se laisse tomber fréquemment. Il éprouve souvent de la céphalalgie, soit au moment de ses attaques, soit en dehors.

Depuis le début de la maladie les attaques sont, quelquefois mais pas toujours, précédées d'une impulsion irrésistible à marcher à reculons. L'un des gardiens du malade a observé trois fois ce phénomène depuis moins d'une année. Le malade fait une dizaine de pas en arrière ayant parfaitement conscience de ce qui se passe, mais ne pouvant s'en défendre; puis il tombe tout à coup sans connaissance.

Revenu à lui, il conserve le souvenir exact de cette marche en arrière.

Il entend souvent, avant l'attaque, toutes sortes de bruits confus, des cris d'animaux, des chants de coq, mais il n'a jamais entendu de paroles distinctes; il entend toujours ces bruits uniquement de l'oreille droite.

En dehors des jours où il éprouve des attaques ou des vertiges, il présente une mémoire et une intelligence bien conservées, racontant son histoire avec exactitude et se

rendant bien compte de sa situation; il a du tremblement des mains mais ne présente pas de trace d'hémiplégie, sa démarche est régulière et sa sensibilité intacte.

9 avril. — Attaque d'épilepsie; le 10 et le 11, il reste couché et éprouve des vertiges dès qu'il essaie de se lever.

10 juin. — Le malade éprouve depuis hier une série d'attaques, il se tient couché, ne répond pas aux questions qu'on lui fait, et n'a pas conscience de sa situation.

15 juin. — Les attaques ont cessé, mais le malade ne revient pas à lui; il est toujours sans connaissance et a une diarrhée abondante.

24 juin. — Décès sans nouveaux accidents par suite des progrès du coma.

22 juin. *Autopsie 30 heures après la mort.* — On trouve au niveau de l'insula du côté droit, et remplissant en cet endroit la scissure de Sylvius dont elle écarte les lèvres, une tumeur grosse comme un œuf de poule; elle était adhérente à la dure-mère, et on a dû, pour enlever le cerveau, dilacérer la tumeur avec les doigts, non sans en laisser une couche inégale à la surface interne de la dure-mère. La face externe et inférieure de cette tumeur, c'est-à-dire la partie qui adhérerait à la dure-mère, donne au toucher la sensation d'un tissu osseux spongieux très raréfié et friable, ou de dépôts crétacés irréguliers. Par le reste de sa surface la tumeur adhère aux parties voisines par un tissu cellulaire lâche qui en permet l'énucléation facile: de sorte qu'elle est parfaitement distincte de la substance cérébrale, dans laquelle elle n'envoie pas de prolongement. Elle présente à peu près par sa face interne la consistance des parties les plus fermes de la substance cérébrale, mais on n'y retrouve pas les dépôts calcaires observés à la face adhérente à la dure-mère. A la coupe la tumeur se montre, par endroits, ramollie, friable et de couleur grise; ailleurs, et dans une plus grande partie, elle a une consistance plus

ferme, et une couleur plus foncée, de sorte qu'elle a un aspect général marbré. En un point on trouve un petit foyer rouge hémorrhagique ancien, gros comme une noisette et tout à fait ramolli.

La partie de la dure-mère, correspondante à la tumeur, n'est pas adhérente au crâne, et s'en sépare aussi facilement que partout ailleurs. La substance nerveuse en rapport avec la tumeur se montre ramollie et jaunâtre dans l'épaisseur d'un demi-centimètre. A la partie postérieure et interne de la tumeur, et en dedans de cette couche nerveuse ramollie, on trouve, dans le milieu de la substance cérébrale, une cavité kystique, grosse comme une noix, à parois lisses, tapissées d'une membrane jaunâtre peu consistante, gélatineuse : cette cavité contient un liquide citrin clair, qui s'écoule à la coupe.

Les vaisseaux sont, au fond de la scissure de Sylvius, à leur place, sans oblitération, refoulés par la tumeur, et adhérents à elle par des tractus fibreux lâches.

Le reste de l'encéphale ne présente rien de particulier.

Les deux-poumons sont congestionnés à la base et en arrière.

Réflexions. — Cette tumeur paraît être un sarcome de la face interne de la dure-mère; puisque adhérant intimement à cette face, elle n'a que des rapports de voisinage sans adhérences sérieuses, et sans continuité avec les organes environnants.

Le début de l'évolution de cette tumeur remonte probablement à la première attaque d'épilepsie du malade, c'est-à-dire presque sept ans avant sa mort; au début, sa présence irritant vivement le tissu nerveux voisin occasionnait des attaques d'épilepsie fréquentes; puis, plus tard, le cerveau s'habituant, peu à peu, à ce voisinage insolite, et la tumeur progressant plus lentement, les attaques furent plus rares; en même temps les parties les plus anciennes de la tumeur s'infiltraient de dépôts calcaires et prenaient la

consistance d'un tissu osseux spongieux très raréfié, tandis que les parties les plus récentes continuaient lentement à proliférer, et donnaient peu à peu à la tumeur son volume final.

Quant aux symptômes occasionnés par cette tumeur, l'apparition d'attaques épileptiformes et de vertiges dans les tumeurs intra-crâniennes est trop fréquente pour qu'il soit utile d'y insister. On remarquera seulement l'existence d'hallucinations unilatérales de l'ouïe, du même côté que la tumeur, et l'impulsion irrésistible à marcher en arrière, qui a été observée comme phénomène initial de quelques attaques épileptiformes. Ceci tendrait à confirmer l'existence, admise par quelques auteurs, dans le corps strié d'un centre des mouvements en arrière ou centre de recul. Magendie, en effet, admettait dans les corps striés un centre dont l'excitation déterminerait chez les animaux un mouvement de recul. Cet auteur a observé, après leur ablation, une impulsion irrésistible du corps en avant, et il attribue cette impulsion à l'action du cervelet qui ne contrebalance plus l'action de recul du corps strié. D'autre part, Richardson et Mitchell ont obtenu par le refroidissement des corps striés des mouvements très marqués du corps en avant. D'après cette théorie, l'irritation de ce centre par le voisinage de la tumeur aurait donné lieu aux mouvements de recul remarqués chez notre malade, et expliquerait ce symptôme assez rarement observé.

L'absence de toute paralysie ou anesthésie localisée s'explique par ce fait que la tumeur n'intéressait spécialement aucune des parties du cerveau dans lesquelles l'observation a démontré l'existence des centres moteurs ou sensitifs.

Établissements d'aliénés

ASILES DE NORVÈGE, DE SUÈDE ET DE DANEMARK

Par M. le Dr BOUBILA

Médecin en chef de l'asile de Marseille.

Grâce à une mission qui m'a été confiée, j'ai pu visiter les principaux asiles de l'extrême nord de l'Europe, et je viens aujourd'hui publier le résultat de mes observations.

En livrant ce travail à la publicité, je ne me dissimule pas ses lacunes et ses imperfections. Le peu de temps dont j'ai pu disposer dans cette tournée rapide, l'ignorance de la langue, l'impossibilité absolue de me procurer des interprètes versés dans la terminologie scientifique et spéciale sont autant de conditions défavorables qui me donnent le droit de compter sur la bienveillante indulgence du lecteur.

J'ose espérer, néanmoins, que j'ai fait œuvre utile. L'organisation de l'assistance des aliénés dans ces contrées éloignées est peu connue des aliénistes français, et la disposition des établissements affectés au traitement de ces malades y est intéressante à plus d'un titre. Ayant eu le bonheur de visiter dans les capitales les trois asiles les plus importants de ces royaumes, qui reflètent dans leur organisation ceux de la province, ces notes rapidement prises auront toujours le mérite d'apporter des documents nouveaux à l'histoire de l'hospitalisation des aliénés.

Ce travail comprend la description des asiles de Gaustad, Condramsbergs et Saint-Jean, plus quelques notes sur la clinique mentale de Copenhague.

Je l'ai fait suivre de quelques courtes considérations sur la législation des aliénés en Norvège, pour laquelle un résident français, M. Varennes, a bien voulu me donner quelques renseignements. J'ai le devoir de dire ici à cet excellent compatriote combien je suis reconnaissant de ses bons offices, et d'affirmer le bon souvenir que j'ai gardé de sa cordiale réception.

Asile de Gaustad (Norvège).

L'asile de Gaustad est situé à quelques kilomètres de Christiania et adossé aux derniers gradins d'une montagne de 5 à 600 mètres d'altitude. Cette montagne fait partie de la chaîne qui entoure la baie et, de son sommet, l'œil s'étend sur un des plus imposants spectacles que l'imagination puisse rêver.

Au premier plan, la forêt de sapins avec ses reflets sombres, en arrière les prés d'un vert plus tendre, la ville et la baie avec ses îles, nids de verdure d'où émergent de blanches maisons de plaisance et, dans le lointain, les montagnes nues aux roches noires et déchiquetées qui enserrant le Fjord pour n'en faire qu'un simple canal qu'on dirait taillé dans leur épaisseur par la main des hommes.

Un portail monumental en fer, gardé par un concierge, s'ouvre sur un parc de vastes dimensions, sillonné de larges allées qui conduisent aux bâtiments.

Vu dans son ensemble, l'asile offre la forme d'un rectangle. Sur la ligne médiane on trouve d'avant en arrière l'administration, l'église et la cuisine. Latéralement sont placées les divisions des hommes et des femmes. Leur disposition est symétrique, et elles sont au nombre de quatre, en y comprenant le quartier des cellules.

Chaque division est composée d'un bâtiment perpendiculaire aux services généraux, et relié par une galerie couverte à la division qui fait suite. L'intervalle est formé par une cour avec saut de loup. Chaque quartier spécial affecte par conséquent la forme d'un parallélogramme rectangle ayant, d'une part, pour côtés parallèles les bâtiments de la division et, de l'autre, la galerie couverte parallèle au saut de loup. Les cours sont spacieuses et possèdent des plantations d'arbres.

La première division, qui fait face au parc, sert de pensionnat. Cette construction est à un étage ; les couloirs, les salles communes et les chambres particulières sont lambrissées à hauteur d'homme et peintes à l'huile. Les chambres, chauffées par des poêles en faïence, comportent un, deux ou trois lits, suivant le prix de la pension, et sont largement éclairées par des fenêtres dont l'espagnolette est munie d'une fermeture à clef ordinaire. Elles sont spacieuses, surtout celles à un lit, et confortablement meublées. Leur ameublement comprend chaises, canapés, commode et une table de toilette avec ses accessoires.

Je devrais faire quelques réserves sur le lit et la literie, si l'étroitesse de la couchette et l'absence du sommier n'étaient la règle dans cette partie du nord de l'Europe. Les portes de toutes les salles, particulières ou générales, s'ouvrent sur une vaste galerie éclairée dans toute sa longueur par de larges fenêtres fermées à clef et donnant sur la cour.

Les salles à manger et de récréation sont meublées avec luxe. Des jeux appropriés à chaque sexe sont mis à la disposition des pensionnaires (piano, billard, etc.)

Deuxième division (tranquilles). — La disposition générale de la deuxième division est identique à celle du pensionnat, mais les chambres particulières y sont remplacées par des dortoirs de dix à douze lits. Ces dortoirs sont éclairés au gaz, chauffés par des poêles en faïence et pos-

sèdent des lavabos. Les couchettes sont à paillassa avec une à trois couvertures en laine, suivant la saison. La salle de récréation est nue et n'a pour tout ameublement qu'un banc fixé à la muraille dans toute l'étendue de la salle. Les tables du réfectoire sont recouvertes de toiles cirées et garnies, au moment des repas, d'assiettes en faïence, verres, couteaux, cuillers et fourchettes.

Troisième division (périodiques à agitation peu considérable). — Cette division diffère des précédentes par la disposition des fenêtres du couloir, qui sont protégées, à l'extérieur, par une grille en fer à forme losangique et par l'absence de revêtement en bois aux murailles des pièces d'habitation.

On y a logé, dans un local spécial, les aliénés suicidaux. Les malades sont soumis nuit et jour à la surveillance permanente de deux infirmiers.

Cellules. — Au nombre de quatorze, elles ont une capacité de 36 mètres cubes. Elles n'ont qu'une porte donnant sur une galerie et ne possèdent pas de lit. La paroi opposée à la porte est percée d'une ouverture élevée, de dimensions convenables, garnie de vitres et protégée par un grillage en fer. Au-dessous, sur le plancher, se trouve, dessiné par des baguettes en bois, un cadre indiquant la place des effets de couchage qui sont apportés le soir.

Sous la fenêtre, à mi-hauteur du sol, on remarque, encastré dans le mur et faisant saillie, un tuyau horizontal de 0m.45 environ de diamètre; c'est le tuyau principal du calorifère. A l'extérieur, un escalier donne accès dans une galerie qui, placée au-dessus des portes à une certaine hauteur, parcourt le couloir dans toute son étendue. Cette galerie sert de poste de garde de nuit. Une meurtrière garnie d'un bec de gaz permet au gardien d'exercer une surveillance active et directe sur les malades isolés. Sur un des côtés de la porte est pratiquée une ouverture

fermée par un grillage en fer, qui sert à l'aération en même qu'à la surveillance diurne.

Une cellule est matelassée sur une hauteur de 2 m. 50 et une autre possède un lit, une table et un banc solidement fixés au sol. Dans chaque cellule, un vase de nuit déposé dans un angle est mis à la disposition du malade. Les lits de gâteaux sont en bois plein, en forme de caisse; ils sont garnis d'un matelas en crin divisé en trois parties et d'une pailleasse. A la partie inférieure, sous la caisse, est placé un vase renfermé dans un tiroir.

La cour est petite et à murs élevés. La surveillance est faite par deux gardiens dont un de nuit. Un surveillant de nuit est aussi affecté à la garde des épileptiques, dont le nombre est peu considérable.

L'asile, bâti en 1854, est dirigé par un directeur-médecin assisté pour le service médical par un médecin en second et un interne, et pour le service administratif par un économe et un receveur. Les gardiens et gardiennes sont dans le rapport de 4 à 7 malades. Ils sont nourris comme les pensionnaires de deuxième classe, sortent une fois par semaine jusqu'à 40 heures du soir, et gagnent : les femmes, 46 couronnes par mois, et les hommes, 40 (la couronne vaut 4 fr. 40). L'augmentation des gages pendant leur séjour, quelle qu'en soit la durée, dépasse très peu les chiffres ci-dessus. Le personnel de surveillance est très généralement bon; il est recruté à la campagne et il n'est pas rare de voir se succéder à l'asile plusieurs générations de la même famille, qui viennent s'y constituer un petit avoir qui leur permette de s'établir. Tous savent lire et écrire, et l'excellence de leur recrutement trouve son explication non seulement dans les conditions particulières inhérentes au peuple norvégien et à la diffusion de l'instruction, mais surtout dans l'élévation du salaire. En effet, d'après l'annuaire statistique de la Norvège, les domestiques hommes gagnaient, en 1880,

453 cour. par an dans les communes rurales, et 300 cour. dans les villes ; les femmes, 68 cour. à la campagne et 74 cour. en ville. Ces chiffres sont inférieurs au salaire des gardiens et des servantes.

Nous devons ajouter pourtant que, en dehors des asiles, les gages ont sensiblement augmenté depuis, sans pourtant arriver au taux attribué au personnel de surveillance. La position de gardien d'aliénés est donc encore enviable en Norvège, et l'administration peut faire un choix intelligent de sujets en ce pays.

Les malades ne portent pas d'uniforme et sont habillés par les personnes ou communes qui ont demandé le placement, à moins de conventions spéciales. Le prix mensuel de la pension pour les indigents est de 40 cour. dont $\frac{1}{5}$ par la commune et les autres $\frac{4}{5}$ par l'Etat. Les prix, pour les pensionnaires, sont de 4 cour. par jour pour chambre particulière et de 2 cour. pour chambre à deux trois lits.

Le travail est largement ordonné aux malades suivant leurs aptitudes ; tous les corps de métier sont à peu près représentés, mais les agriculteurs forment cependant la grande majorité. Les femmes ont les mêmes occupations qu'en France. Le tabac à fumer ou à priser est distribué à tous les malades qui en font usage. Les travailleurs touchent en outre une rétribution pécuniaire qui sert à leurs besoins personnels après avoir formé une masse de sortie.

Des distractions variées concourent au traitement moral. Nous avons vu qu'un billard, un piano, des jeux divers sont mis à la disposition des malades. A des époques fixes, des bals réunissent les deux sexes, sans que cette pratique, qui date de longtemps, ait jamais présenté d'inconvénients. Enfin l'administration organise des fêtes champêtres à la Saint-Jean et à la récolte des foin, et des concerts en hiver. Une bibliothèque choisie est ouverte à tous les malades que leur état mental permet d'y admettre. La propriété

qui entoure les bâtiments d'assiette est considérable et est cultivée par les aliénés.

La population de l'asile est aujourd'hui de 700 malades, hommes et femmes en proportion à peu près égale. Ce qui frappe surtout dans une visite générale, c'est l'absence d'agitation qui contraste, il faut bien l'avouer, avec le désordre dont nos asiles français nous offrent le spectacle si fréquent. L'alcool dont la consommation est de 6 l. 07, par habitant fait de nombreuses victimes, et le chiffre des aliénés atteints d'intoxication alcoolique tend à s'accroître tous les jours. A propos du traitement médical, il faut noter que les bains prolongés sont absolument proscrits. Deux larges baignoires en bois servent aux agités, elles ne sont pas couvertes et le malade n'y reste que le temps qu'il veut, sans jamais dépasser une heure. La douceur et la persuasion sont seules employées pour le maintenir dans la baignoire, dans la limite maximum indiquée ci-dessus. Les punitions sont l'isolement dans les cellules en écartant absolument tout appareil de contrainte. On emploie, pour les malades qui déchirent, un vêtement d'une seule pièce en forte toile, laissant la liberté aux membres et se boutonnant en arrière. Si ce dernier moyen est insuffisant, on isole le malade en cellule en hiver, ou on le laisse errer dans les couloirs en été (le quartier est très bien chauffé), avec ses vêtements déchirés ou sans vêtements. La thérapeutique pharmaceutique ne diffère en rien de celle qui est adoptée en France.

La statistique particulière de l'asile de Gaustad s'arrêtant à l'année 1870, d'après le rapport du directeur Sandberg, je la remplacerai par un-extrait de l'*Annuaire statistique* (4) concernant les asiles de la Norvège.

(4) *Annuaire statistique de la Norvège* (3^e année 1881), publié par le bureau central de statistique, rédigé par Boye Strom, secrétaire du bureau. Christiania, (H. Aschebourg et C^o, libraires. — 1882.)

Il y a en Norvège dix asiles d'aliénés; sur ce nombre, trois sont la propriété de l'Etat, les sept autres appartiennent à des particuliers.

Ces derniers n'existent que temporairement et sont appelés à disparaître aussitôt que les asiles en construction pour le compte de l'Etat seront terminés.

Au 1^{er} janvier 1880, le nombre des aliénés existant dans le royaume était de 1.039, dont 549 hommes et 490 femmes. Il y a eu pendant l'année 574 entrées, 182 sorties par guérison, 430 par amélioration, 181 non guéris, 2 sortis pour autres causes, 74 décédés. Nombre total des jours de présence : 385.469.

Au 34 novembre 1879, la population de la Norvège était de 4.904.600 habitants, divisés en districts : ruraux, 4.508.200 et en villes, 396.400.

A ces renseignements généraux j'ajouterai d'autres chiffres empruntés au rapport si intéressant du docteur Bloch, touchant la statistique spéciale (1).

« Les idiots de naissance formaient, d'après les quatre
« recensements de 1835 à 1865, une moyenne de 1,44 par
« 1000 habitants. Dans les campagnes, le nombre est beau-
« coup plus grand et la moyenne atteint 1,64 00/00 tandis
« que dans les villes elle ne s'est élevée qu'à 0,53 00/00.
« Cette proportion s'est du reste améliorée aussi bien dans
« les villes que dans les campagnes pendant la dernière
« partie de cette période, et en 1865 la moyenne n'était
« que de 1,20 00/00.

« La moyenne la plus désavantageuse pour les cam-
« pagnes a été constatée dans l'arrondissement d'Indero,
« dans la préfecture de Nordre-Trondhyem, où elle était
« de 2,40 00/00. Ensuite vient l'arrondissement de Jor-

(1) *Le royaume de Norvège et le peuple norvégien.* — Rapport à l'Exposition de Paris, par le Dr Bloch. (Challemel aîné, 5, rue Jacob — Paris.)

« deren et de Dalerme dont la moyenne était de 2,03 00/00
« puis celui de Mandal avec une moyenne de 4,96 00/00.
« Le nombre des idiots est proportionnellement moindre
« chez les femmes que chez les hommes. Il y a, à Chris-
« tiania, un établissement pour recevoir les idiots et
« pour aider, autant que possible, au développement
« de leur raison. Les aliénés dont la maladie ne date pas
« de naissance formaient, d'après les quatre dénombre-
« ments de 1835 à 1865, une moyenne de 4,74 00/00.

« Le rapport a été en moyenne le même dans les
« villes que dans les campagnes, si l'on considère ceux
« qui sont dans les asiles de santé comme comptant
« pour leur commune. La proportion la plus fâcheuse
« pour les campagnes, en 1865, s'est manifestée dans
« l'arrondissement de Soetersdal, où elle était de 4 00/00,
« ensuite venait l'arrondissement de Mandal où elle était
« de 3,8 00/00. Le nombre des aliénés est proportionnelle-
« ment plus grand chez les femmes que chez les hommes,
« mais la différence est cependant très petite. On comp-
« tait, en 1875, dix asiles pour les aliénés renfermant
« 986 malades, deux sont asiles de l'Etat, six sont établis
« par les communes, et deux sont des asiles particuliers.
« Ils sont tous sous la surveillance de l'Etat qui leur
« nomme des directeurs particuliers. Ces dix hôpitaux en
« 1874, renfermaient 4,482 aliénés dont 976 y étaient
« encore à la fin de l'année. Dans cette même année, 176
« sortirent guéris, 429 améliorés et 63 décédés. Comme
« causes principales de la folie, il faut citer des dis-
« positions héréditaires, et chez les hommes, l'ivrogne-
« rie et l'onanisme. Les crétins ne se rencontrent pas en
« Norvège.

« Dans les rapports statistiques de la Suède, les idiots de
« naissance et les personnes devenues folles ne sont pas
« séparés. En 1865, lorsque le nombre des idiots et des
« aliénés était en Norvège, de 30,5 00/00, il n'était en Suède

« que de 2,16 et en Danemark, en 1870, de 2,18. Ainsi
« l'aliénation mentale est considérablement plus grande
« en Norvège que dans les pays voisins, et aussi plus
« grande que dans les autres Etats européens. »

Pour terminer ce qui a trait à l'aliénation mentale en Norvège, je résumerai la loi de 1848 dans ses articles essentiels.

Les asiles doivent être complètement isolés et le directeur doit être autorisé par le roi. L'autorisation est nominative. Les moyens de contrainte ne doivent être employés que pour un temps très court et seulement en cas d'urgence. Les punitions corporelles sont interdites. Les registres doivent mentionner la durée et les moyens de contrainte, et dans les huit jours de l'entrée, l'état physique et mental de l'aliéné, et signaler ensuite les changements qui pourraient survenir dans cet état. Chaque trimestre, un extrait de ces registres avec copie des observations qui y ont été notées, et à la fin de chaque année un rapport général sur les travaux de l'asile doivent être adressés par le médecin à la commission de contrôle compétente. La commission de contrôle est composée de trois membres dont au moins un médecin diplômé. La commission en exercice à Christiania est composée de deux médecins et d'un juge qui visitent bi-mensuellement l'asile et statuent sur les entrées et les sorties. Si au moment de l'admission d'un aliéné il y a réclamation, la Commission est appelée à statuer. En cas de danger pour la sécurité publique, un placement étant ordonné par la police, un bulletin de l'état du malade est adressé à la Commission de contrôle dans les 48 heures, et elle doit statuer immédiatement s'il y a plainte, et sanctionner le placement à sa première visite dans le cas contraire. Le médecin peut, avec l'avis de la Commission, s'opposer à la sortie d'un aliéné qu'il considère comme dangereux. La Commission doit recevoir un avis détaillé des entrées,

sorties et décès. Personne ne pourra garder chez lui un aliéné sans en avertir un médecin diplômé, qui statuera sur l'opportunité de la séquestration du malade. Nul aliéné ne pourra être enfermé avec des criminels.

Il n'est dans aucun article de la loi fait mention d'un certificat médical d'admission. Il est dit seulement que le médecin de l'asile, dans le cas où une demande d'admission est faite, doit examiner si l'état de cette personne nécessite son placement, soit dans son propre intérêt, soit dans celui de l'ordre public et de la sécurité des personnes.

Cette législation est remarquable par le rôle prépondérant qu'elle attribue au médecin de l'asile et les pouvoirs étendus dont elle investit la Commission de contrôle.

Asile de Condradsbergs (Suède)

L'asile de Condradsbergs est situé à environ 2 kilomètres du terminus d'une des lignes de tramways, qui partant du centre de Stockholm, aboutit aux faubourgs en longeant le lac Malar. Le site en pleine campagne est fort beau et l'aspect des bâtiments imposant. Les constructions dont la façade est occupée par les services administratifs, sont précédées d'un magnifique parc avec loge de concierge à l'entrée.

L'agencement compliqué des bâtiments rend impossible une description méthodique de cet asile. Les quartiers sont en effet contigus et superposés et plusieurs ont une cour commune. Tout ce qu'on peut en dire, c'est qu'ils sont placés sur les côtés du bâtiment d'administration et que la section des hommes est symétrique à celle des femmes.

Les pensionnats sont en façade sur le parc et font corps avec la partie des constructions occupées par l'administration. Le mode de chauffage usité est le calorifère à eau

chaude. Les fenêtres sont en bois et garnies à l'extérieur d'un grillage en fer. Les chambres sont à un lit avec paillasse et matelas en crin. Leur ameublement comprend en outre commode, table de toilette, table à manger, chaises, etc.; elles donnent toutes sur un vaste couloir largement éclairé. La salle de réunion est confortablement meublée et possède un piano pour les femmes et un billard pour les hommes. La cour est commune aux pensionnaires du premier étage et aux indigents du second. Les malades malpropres sont isolés.

Les dortoirs du deuxième étage contiennent de six à huit lits chacun. Les lits sont étroits et n'ont qu'une paillasse. Les salles communes sont nues et ne possèdent comme ameublement que des tables et des bancs en bois peints pour le réfectoire.

La division des malpropres est composée de chambres à quatre lits. Les couchettes sont en bois plein et garnies de foin. La partie inférieure est percée d'un trou qui aboutit à un tiroir fermé à clef, contenant un vase de nuit en faïence.

Les murs sont recouverts d'un revêtement en bois jusqu'à une hauteur de 3 mètres. Une chambre avec lavabo et baignoire est spécialement affectée aux soins de propreté des malades.

Les cellules ne sont pas éclairées la nuit. Pendant le jour, la lumière leur est largement dispensée par une fenêtre élevée et placée en face de la porte. Cette dernière est percée à hauteur d'homme d'une ouverture de 4 centimètre sur 4, et taillée en biseau à l'intérieur. Le réfectoire est garni de bancs et de solides tables en bois. Tous les murs sont peints à l'huile jusqu'au plafond.

Chaque cellule est convenablement chauffée par 4 tuyaux de calorifère et parquée. Les cellules d'agités, au nombre de 26 par section, sont petites, et n'ont pour tout ameublement qu'un lit en bois solidement fixé au sol.

La literie se compose d'une pailleasse, de draps et de couvertures au nombre de une à trois suivant la saison. Le siège d'aisance est placé dans un des angles de la pièce. Le système de chauffage est le calorifère à eau chaude avec distribution identique à celle des chambres de malpropres.

Les murs ont un revêtement en bois de 2 mètres de hauteur environ, et les parois sont entièrement peintes à l'huile. Du couloir éclairé par des fenêtres élevées, on a accès dans les cellules, dont la porte, lourde et massive, offre une disposition spéciale. Elle est formée de deux volets appliqués l'un contre l'autre. Le premier, dont l'épaisseur n'est pas moindre de 0m.08 présente, à hauteur d'homme, une ouverture de grandes dimensions; l'autre, d'une épaisseur ordinaire, n'a qu'une très petite ouverture dont le biseau intérieur permet la surveillance de la cellule en son entier.

La cour est entourée de murs élevés; un kiosque circulaire construit au centre contribue à lui donner un aspect moins sévère. Les agités furieux ont une cour spéciale dont les murailles sont remplacées par une forte clôture en bois.

Le lit des épileptiques est muni d'une planche latérale mobile autour d'une charnière, pouvant se relever et se fixer à l'aide d'une clef. Cette disposition, qui rappelle la planche à roulis des couchettes de navire, est destinée au même but, à prévenir les chutes de ces infortunés.

Les paralytiques généraux étaient au nombre de 13 : 12 hommes et 1 femme, au moment de notre visite.

La camisole de force n'est employée qu'avec une très grande circonspection. La durée maximum des bains est d'une heure, à moins que le malade n'accepte volontairement une prolongation de séjour dans la baignoire. Cette dernière, sans moyens de maintenir le malade contre sa volonté, est en bois avec pomme d'arrosoir au chevet et

robinets aux pieds. Tous les malades prennent deux ou trois bains de propreté par semaine.

Les réfectoires sont nus partout, excepté dans les divisions de tranquilles, dont les murs sont ornés de tableaux. Au moment du repas les tables sont garnies de vaisselle en porcelaine, verres, couteaux, cuillers et fourchettes.

L'entrée de la section des femmes est sévèrement interdite aux hommes; mais une gardienne est, dans chaque division, attachée au personnel de surveillance de ces derniers. Les surveillants ne couchent jamais dans les dortoirs. De nombreux ateliers (peintres, cordonniers, tailleurs, menuisiers, couture, blanchissage, repassage, etc.), permettent aux malades de se livrer pendant leur séjour, aux travaux de leur profession habituelle.

Toutes les constructions affectées à une section, sont contiguës et à deux étages; elles ont été édifiées en 1854 et contiennent 260 places, dont 252 étaient occupées au 31 décembre 1882. En cette année le mouvement de la population a été de :

Entrées : 75, se divisant en 54 hommes et 21 femmes.

Guérisons : 21 ; 9 hommes et 12 femmes.

Améliorations : 43 ; 8 hommes et 5 femmes.

Décès : 45 ; 9 hommes et 6 femmes.

Incurables sortis, 45 ; 9 hommes et 6 femmes.

Le service médical est composé d'un directeur-médecin et d'un médecin assistant. Le personnel de surveillance, comparé au nombre des malades, est dans la proportion de 4 à 7. Les gages pour les surveillants sont de 300 couronnes et une gratification de 25 couronnes par an, plus une augmentation de 25 couronnes après vingt ans de service ; pour les surveillantes, 180 couronnes et 25 couronnes de gratification.

Les placements d'aliénés se font sur la production de deux certificats, le premier médical et le second émanant d'un fonctionnaire ou d'une personne notable affirmant

tous les deux l'aliénation de la personne dont le placement est demandé.

Le prix de la pension est de 2 cour. pour la première classe, 0 cour. 75 pour la deuxième, et 0 cour. 50 pour la troisième (indigents).

Dans les services généraux assez bien installés notre attention s'est portée sur la cuisine qui se fait à la vapeur.

En 1884, la Suède possédait dix asiles publics avec 1.986 places.

Danemark.

Le royaume de Danemark, dont la population est de 2 millions d'habitants, possède trois asiles et une clinique mentale à Copenhague. Ces quatre établissements contiennent un total de 4.900 malades.

Asile Saint-Jean.

Situé sur les bords de la mer, à environ 3 kilomètres de Roskilde, l'ancienne capitale du Danemark, il se compose de deux parties distinctes : les quartiers de curables et les quartiers d'incurables, comprenant chacun deux divisions pour les deux sexes.

Les deux sections affectées aux malades entrants ou curables sont placées au milieu de la propriété, et bâties sur un plan à peu près uniforme.

Entre les deux, suivant l'axe des constructions, on trouve, d'avant en arrière, le logement du médecin en chef, un petit quartier pour les malades qui ont besoin d'une surveillance spéciale, et l'église dont le sous-sol sert de cuisine. Les deux pensionnats, contigus au logement du médecin en chef, contribuent à former la façade principale.

Parallèlement à l'église, les quartiers sont placés dans l'ordre suivant : pensionnaires, convalescents, entrants et agités. Les cours sont spacieuses, adossées les unes aux autres, et permettent largement la vue de la campagne.

La division des agités, qui occupe les derrières de la construction, est perpendiculaire aux autres quartiers, et son préau est séparé des autres par le bâtiment lui-même. Cette disposition isole parfaitement les malades bruyants du reste de l'asile.

Le pensionnat des femmes est à un étage, et est affecté aux malades tranquilles. Il comprend une très jolie salle à manger en acajou, un salon meublé avec luxe et des chambres particulières vastes, confortablement meublées, chauffées chacune par un poêle en faïence, et éclairées par un bec de gaz à la portée de la main. Les fenêtres consistent en petits cadres en fer, dans lesquels sont enchâssées les vitres. Les murs et les plafonds sont peints à l'huile, et les portes s'ouvrent sur un couloir de 2 m. 50 de largeur, éclairé par de nombreuses fenêtres. Ces dispositions générales se reproduisent dans chaque division, en exceptant cependant le quartier des agités.

Le jardin affecté aux pensionnaires est vaste, avec pelouses, arbres variés, et se continue sans séparation avec la propriété qui entoure l'asile.

La 2^e division (24 places), réservée aux indigentes tranquilles, a une très belle cour sans clôture, avec arbres, pelouse, etc. La salle à manger, avec rideaux aux fenêtres et chaises en jonc tressé, a deux tables qu'on garnit, au moment des repas, de nappes, serviettes, couteaux, fourchettes, cuillers et assiettes en porcelaine. Des tableaux décorent la salle de récréation. Une pièce spéciale est réservée, en outre, aux travaux de couture et à la fabrication des allumettes suédoises; une petite cuisine lui fait suite.

Les lieux d'aisance, à siège en bois ciré, sont sans odeur et d'une propreté remarquable. Les dortoirs n'ont qu'un nombre de lits très restreint et sont meublés, un ou deux du moins, avec une véritable recherche.

La 3^e division est, d'une manière générale, aménagée comme la précédente. Elle en diffère néanmoins par les

quelques détails qui suivent. L'ouvrage est composé de deux parties distinctes et complètement séparées, la première pour les tranquilles et la deuxième pour les agitées. De plus, les dortoirs de deux à cinq lits, avec un vase de nuit en faïence par malade, sont sobrement meublés.

La surveillance de nuit est exercée par une gardienne spéciale, en dehors des surveillantes ordinaires qui couchent dans les dortoirs. La division est éclairée dans toutes ses parties par des becs de gaz placés hors de la portée des malades, et chauffée par des poêles en faïence.

Pour terminer, j'ajouterai que des lavabos en marbre de 6 cuvettes pour 24 malades semblent répondre à tous les besoins de propreté personnelle. Le cube d'air des salles est de 600 pieds cubes par lit.

La division des cellules ou 4^e est composée de 40 chambres d'isolement, cubant chacune 4.400 pieds. Le milieu de la pièce est occupé par un lit à paille, en bois solide, fixé au sol. Un vase de nuit libre, en fer battu, est mis à la disposition de chaque malade.

Le chauffage de ce quartier ne laisse rien à désirer. Il se fait à l'aide de poêles cylindriques placés dans les murs de séparation des cellules, de manière que les appareils font saillie dans deux pièces contiguës, leur foyer s'ouvrant sur le couloir, qui est large et bien aéré. La ventilation et l'aération se font par deux ouvertures latérales à la porte; une troisième, supérieure, plus grande, est occupée par un bec de gaz. Les portes sont pleines et ont 6 centimètres d'épaisseur.

Une cellule possède une fenêtre de grandes dimensions, à volet intérieur se fermant à clé et permettant, à volonté, d'éclairer complètement la cellule ou de n'y laisser pénétrer, par sa partie supérieure, qu'une clarté très atténuée. La vaisselle est en fer émaillé. Une petite table est, au moment des repas, mise à la disposition de l'aliéné que son état

physique ou mental empêche de se rendre à la salle à manger commune.

Toutes les pièces, et cette disposition est générale, sont peintes à l'huile et éclairées par le gaz que l'établissement fabrique lui-même. La salle de bains possède trois baignoires en bois, avec robinets aux pieds, et eau froide, en pomme d'arrosoir ou en lance, au chevet. La cour est spacieuse, plantée d'arbres et clôturée par un mur de 3 mètres de hauteur. A chaque section est annexé un quartier de surveillance spéciale. Il est situé au rez-de-chaussée, et composé de salles à manger et de récréation, et de petits dortoirs de deux ou quatre lits, le tout donnant sur un large couloir. Toutes les portes sont ouvertes constamment, et trois gardiennes de jour et une de nuit y exercent une surveillance de tous les instants.

La section des hommes est, à part quelques différences de détail, identique à la section des femmes.

A droite et en arrière du bâtiment central, à une distance de 100 mètres environ, se trouve le quartier des femmes incurables. Au centre, sont logées les tranquilles; sur les ailes, les faibles et les agitées. Les constructions sont à trois étages et dominant un parc de vastes dimensions.

La division des tranquilles comprend soixante places. Au rez-de-chaussée sont les salles communes propres et bien meublées, et aux étages supérieurs les dortoirs de sept lits surveillés par une gardienne. Chaque division est chauffée par un calorifère à eau chaude, et possède une cour plantée d'arbres et à clôture à claire-voie. La literie se compose de draps, de une à quatre couvertures de laine, suivant la saison, et d'un matelas en crin.

Les deux autres divisions ne diffèrent en rien de celle que je viens de décrire précédemment, et possèdent chacune une chambre d'isolement. Je signalerai pourtant, dans la division des agitées, l'ameublement réduit à sa plus simple expression et la cour entourée de murs élevés,

Les divisions d'hommes incurables sont situées à 4 kilomètre environ de l'asile proprement dit, et bordent la route qui aboutit de Roskilde à Saint-Jean. Elles comprennent deux grands bâtiments, reliés par une cuisine et une troisième construction isolée.

L'asile Saint-Jean, dont les différents quartiers ont été construits en 1854, 1864 et 1871, est d'une contenance de 480 hectares, terrains d'assiette compris. La bâtisse construite en briques sur soubassement en pierre froide est d'un très bel effet. Le prix de la pension par jour est de : 1^{re} classe, pensionnaires de la commune, 2 c. 75 ; étrangers à la commune, 6 c. 25 ; étrangers au royaume, 8 c. ; 2^e classe : pensionnaires de la commune, 4 c. 70 ; étrangers à la commune, 5 c. ; étrangers au royaume, 6 c. ; 3^e classe : pensionnaires de la commune, 4 c. ; sociétés reconnues par les magistrats, 0 c. 60 ; étrangers, 3 cour.

Le service médical est composé de : un médecin en chef, trois médecins adjoints et deux internes ; la haute direction de l'asile appartient au bourgmestre de Copenhague qui délègue ses pouvoirs à un inspecteur résidant à l'asile. Mais ce dernier, administrateur, est, dans toutes les questions qui touchent de près ou de loin aux malades, subordonné au médecin en chef.

Le personnel de surveillance du quartier de traitement est composé de deux gardiennes en chef, quatorze gardiennes ordinaires dont une de nuit et une particulière, soit un total de seize pour quatre-vingts malades. La camisole de force n'est guère employée que pour les malades qui déchirent. L'absence de la contrainte trouve son explication dans la rareté et dans la forme bénigne de l'agitation qui, alors même qu'elle existe, n'atteint jamais cette violence si commune dans nos asiles.

Le surveillant en chef, très confortablement logé, touche un traitement annuel de 800 c.. Il est nourri en 1^{re} classe, s'il est célibataire, et reçoit une indemnité de nourriture,

s'il est marié. Les gardiens portent un uniforme et sont payés à raison de 200, 220 et 242 c., selon l'ancienneté de leurs services. A leur entrée dans l'établissement, leurs gages égalent le salaire des ouvriers de la ville. Les gardiennes touchent annuellement 150 à 180 c. Tout le personnel de surveillance, recruté à la campagne, rend des services excellents et très appréciés. Les services généraux sont très bien installés et répondent à tous les besoins de l'asile. Les malades occupés dans les différents ateliers, touchent une gratification de 5 à 10 cent. par jour, qu'ils peuvent employer à leur gré. La cuisine à vapeur mérite une mention spéciale, et surtout la buanderie avec son séchoir à air chaud, ses essoreuses et son appareil pour le repassage à froid des draps.

Au nombre des distractions que l'administration autorise figurent les concerts biannuels et les bals bimensuels. Ces fêtes doivent d'autant plus attirer l'attention que le mélange des deux sexes, pleinement autorisé, a toujours répondu aux règles de la convenance la plus parfaite. Du reste, le pensionnat des hommes est desservi par un personnel de surveillance des deux sexes, et l'administration aussi bien que les malades n'ont eu qu'à se louer de cette pratique.

Statistique.

La population de l'asile Saint-Jean renfermait, au 31 décembre 1881, 326 hommes et 408 femmes divisés en curables : 65 hommes et 78 femmes, et incurables, 261 hommes et 330 femmes, soit un total de 734 malades. Entrés dans l'année, 116 hommes et 101 femmes. Traités, 442 hommes et 509 femmes. Sortis, 116 hommes et 101 femmes. Les mois de mai, juin, juillet, août, novembre et décembre, présentent du côté des hommes 80 entrées contre 36 pour les six autres mois. Du côté des femmes, les mois de mars, mai, juin, septembre, octobre et novembre, 64 entrées contre 39 pour les six autres mois. L'état civil des malades

admis est réparti de la manière suivante, selon les sexes : célibataires 55 hommes et 52 femmes; mariés, 50 hommes et 29 femmes; séparés, 4 hommes et 5 femmes; veufs et veuves, 7 hommes et 14 femmes.

La division des formes mentales donne : en lypémanie, 36 hommes et 38 femmes; manie, 42 hommes et 4 femmes; chroniques des deux genres précédents, 25 hommes et 24 femmes; démence, 40 hommes et 17 femmes; idiotie, 24 hommes et 7 femmes. Total : 246.

Dans les chiffres ci-dessus sont compris les paralytiques généraux, 19 hommes et 3 femmes, et les épileptiques, 7 hommes et 3 femmes.

En thèse générale, il paraît que la manie est une affection mentale très rare en Danemark, et qu'elle est presque toujours le début de la paralysie générale progressive.

Le traitement a donné les résultats suivants : guéris, 35 hommes et 36 femmes; améliorés, 26 hommes et 26 femmes; non guéris, 7 hommes et 9 femmes; décédés, 48 hommes et 30 femmes.

En terminant, qu'il me soit permis d'exprimer à M. le professeur Steenberg, médecin en chef, toute ma reconnaissance pour son accueil aimable et son empressement à me faire les honneurs de son service.

Clinique des maladies mentales de Copenhague.

La clinique des maladies mentales est installée à Copenhague dans les dépendances de l'hôpital général. La construction est à deux étages, le rez-de-chaussée est affecté aux hommes atteints de *delirium tremens*, le premier aux aliénés, le deuxième aux aliénées. Les deux quartiers possèdent vingt-huit cellules. Chaque cellule possède en son milieu un lit en bois plein, à bords supérieurs garnis de cuir et rembourré.

Un poêle en faïence, placé dans le mur de séparation de deux cellules, sert au chauffage.

Le foyer extérieur donne sur une galerie qui sert de promenoir.

Les cellules sont éclairées par un bec de gaz entouré d'un grillage et placé au-dessus de la porte.

Cette dernière est percée à hauteur d'homme, d'une ouverture de 5 à 6 centimètres carrés, protégée par une vitre, qui permet de surveiller les malades isolés. La salle de bains ne comprend qu'une large baignoire en bois par section, avec douche en pluie au chevet; elle répond à tous les besoins de service, parce que la durée des bains ne dépasse jamais une heure. Les cours, au nombre de deux, pour hommes et femmes, sont contiguës et complètement séparées. Le personnel de surveillance est composé essentiellement de gardiennes dirigées par une surveillante en chef.

L'enseignement est donné en quarante leçons, divisées en leçons orales et en applications cliniques.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 MAI 1884

Présidence de M. FOVILLE

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. le PRÉSIDENT informe la Société que M. Brunet, membre correspondant, assiste à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

Le dépouillement de la correspondance imprimée comprend :

1° Les numéros 4 et 5 du *Bulletin du Manicome de Fleurent*.

2° Le tome XXI des *Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon*.

3° Une brochure de M. Paolo Funaioli, médecin du manicomie Saint-Nicolas (Sienne) : *Rapida corza nella storia e indirizzo clinico della psichiatria*.

4° De la part de M. Billod, le projet de loi sur les aliénés déposé aux chambres italiennes, par M. Depretis.

M. FOVILLE prie M. Motet de faire la traduction ou l'analyse de ce projet de loi pour la prochaine séance.

M. LUNIER dépose sur le bureau, de la part de M. Oudard, inspecteur des services d'aliénés en Belgique :

1° 12° *rapport sur la situation des asiles d'aliénés du royaume de Belgique, 1877-1884*.

2° Une brochure intitulée : *La colonie de Gheel et le docteur Tucker*.

M. FOVILLE, rappelant les attaques du docteur Tucker contre cette colonie, dit que lors d'une visite récente, il a eu occasion de constater que plusieurs des insinuations de M. Tucker étaient inexactes.

La correspondance manuscrite comprend : — 1° Des lettres de remerciement adressées par MM. Saury, Brun et Taly, pour les récompenses qu'ils ont reçues à l'occasion du concours pour le prix Aubanel.

2° Une lettre de M. le préfet de la Seine invitant la Société médico-psychologique à lui envoyer une notice sur le but et le fonctionnement de la Société.

3° Le discours que M. Fallières, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, a prononcé à la séance générale du Congrès des sociétés savantes (séance du 19 avril 1884).

3° Une lettre de M. Ingels, de Gand, qui contient une liste des médecins belges qui ont souscrit pour la statue de Pinel.

M. LE PRÉSIDENT informe la Société des succès que viennent de remporter à l'Institut plusieurs de ses membres : M. le docteur Legrand du Saulle a remporté le prix Chaussier, qui lui a été décerné pour l'ensemble de ses études médico-légales; MM. Ball et Voisin ont obtenu, chacun, une récompense au prix Lallemant.

M. LE PRÉSIDENT informe la Société que l'état de santé d'un de ses plus anciens membres, M. Moreau (de Tours), est en voie d'amélioration, et prie son fils, M. Paul Moreau (de Tours), de vouloir bien transmettre à son père les vœux de la Société pour son complet rétablissement.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société du décès de M. Sémerie, ancien interne de Charenton et membre titulaire de la Société, qui a succombé à cinquante-trois ans, à Grasse, près de sa famille.

Commission du prix Aubanel.

M. FOVILLE. — Nous devons aujourd'hui nous occuper du mode de nomination de la commission pour le prix Aubanel. Je prie M. Legrand du Saulle de vouloir bien nous exposer les précédents à ce sujet.

M. LEGRAND DU SAULLE rappelle qu'autrefois chaque membre de la Société proposait un sujet de question pour le concours, et que chaque sujet proposé était successivement mis en discussion par la Société; les difficultés qui en résultèrent firent renoncer à cette manière de procéder, et, depuis, le bureau désigne cinq membres chargés de soumettre, dans un rapport verbal, une proposition de sujet à la Société.

Quant à la question de la valeur du prix à décerner, la Société peut, pour la séance d'avril 1886, disposer d'une somme de 2,400 francs, qui est le chiffre officiel du prix à décerner tous les trois ans, ou renvoyer à trois ans, auquel cas le prix pourra avoir une valeur de 3,600 francs.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Lunnier, Magnan, Garnier, Foville et Legrand du Saulle, la Société, sur la proposition de M. le Président, décide d'accorder, pour la séance d'avril 1886, un prix de 2,400 francs, et confie le choix du sujet de la question à proposer à l'examen de la Société pour le prix Aubanel, à l'ancienne commission chargée de l'examen des travaux envoyés au dernier concours pour le même prix. Commission composée de MM. Legrand du Saulle, Falret, Magnan, Cotard, Garnier.

Note sur l'action de la paralaldéhyde chez les aliénés.

M. KÉRAVAL. — Messieurs, comme l'indique le titre de la communication, il s'agit moins d'un travail complet sur la paralaldéhyde que d'une note concernant cet agent médicamenteux, note que j'ai l'honneur de présenter à la Société en mon nom et en celui de M. NERCAM.

Dans sa chronique de mars 1884, notre savant inspecteur général et président, M. le Dr Foville, se basant sur la lecture d'un certain nombre de mémoires étrangers et français touchant la paralaldéhyde, terminait ainsi son analyse : « Il y a dans cet ensemble de travaux un très sérieux encouragement à mettre le médicament à l'épreuve. » C'est le résultat d'une première épreuve de ce genre que je vous demande la permission de placer sous vos yeux.

Dès le mois de décembre 1883, nous avions eu connaissance de l'ensemble de quelques-uns des travaux en question, notamment du mémoire de Cervello (*Archiv. für experimentelle Pathologie u. Pharmacol.* t. XVI, 1882), des recherches de Morselli et Bergesio (*Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale*, 1882), de Peretti (*Berl. klin. Wochenschrift*, n° 40, 1883), de Gugl (*Zeitschr. f. Therapie*, 1883, août), de Kobert (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1883), de Berger (*Berl. aertzliche Zeitschrift*, 1883, 24 mars), et nous avions formé le projet de l'expérimenter.

Voici quel avait été notre plan. Instituer avant tout chez

le chien un certain nombre d'expériences qui nous permettent de nous guider relativement aux effets physiologiques principaux et accessoires, aux doses de l'agent médicamenteux; puis n'administrer la paraldéhyde que parallèlement chez les aliénés conformément aux données que nous fournirait la pathologie expérimentale sur un animal supérieur. Déjà, à propos d'un premier travail, sur la VISION MENTALE (voy. la thèse de Crouigneau, 1884), M. le D^r Cortyl, notre chef et directeur, avait mis à notre disposition des moyens qui, tout rudimentaires qu'ils fussent, suffirent cependant pour nous permettre des interventions de vivisection en partie fructueuses. Nous espérions pouvoir faire mieux cette fois. Malheureusement les ressources budgétaires de l'établissement et l'installation matérielle s'opposaient à la réalisation de nos désirs; il était plus difficile de se procurer des chiens que des chats, plus coûteux de les entretenir, plus dispendieux d'établir les premières assises du laboratoire adaptable à l'expérimentation chez le chien de substances médicamenteuses ou toxiques. Les difficultés s'accroissaient encore de l'impossibilité où nous étions d'acheter à bon compte de la paraldéhyde pure et active. Une première commande à grands frais nous avait mis en présence d'un produit de mauvais aloi, entraînant non la sédation enregistrée partout, mais de l'excitation et de l'insomnie. C'était, il faut bien l'avouer, un produit français. M. Cortyl voulut bien exiger du fournisseur qu'il s'adressât en Allemagne, et c'est de Trommendorff d'Erfurth, que nous tirâmes désormais les deux kilogrammes qui devinrent l'origine de ces recherches.

Messieurs, vous excuserez la minutie des détails dans lesquels je viens d'entrer. Mais je vais par avance, ce faisant, au-devant des reproches que quelques-uns d'entre vous pourraient m'adresser, de n'avoir pas exécuté l'ensemble du programme qui s'impose naturellement à celui qui se propose d'étudier une nouvelle substance. Il est encore une autre raison qui me forcera à me montrer bref, c'est la nécessité de laisser à M. NERCAM la primeur d'un certain nombre d'aperçus pour la Faculté de Paris. Et cependant, il importe que la Société médico-psychologique soit saisie des grands points qui l'intéressent à propos des aliénés. Avec les deux kilogrammes fournis par l'administration, nous avons agi sur 35 malades environ, par les

voies buccale et rectale, par la méthode hypodermique, dans les cas d'agitation maniaque, d'hallucinations terrifiantes ou provocatrices d'un délire grave, d'épilepsie et d'hystérie avec troubles intellectuels, d'équivalents psychiques intervallaires de l'épilepsie, de désordre dans les idées avec conscience chez les alcooliques sous le coup d'hallucinations et de delirium tremens, d'insomnie ordinaire ou précurseur d'un accès d'agitation, de paralysie générale à la période d'agitation, qu'il s'agisse d'ailleurs d'états aigus ou chroniques, de malades déments ou non déments; en un mot, dans toutes les circonstances où il y avait intérêt à calmer sur-le-champ soit par sédation simple, soit par l'intermédiaire du sommeil. C'est grosso modo l'ensemble général de ces interventions de décembre 1883 à mai 1884 que nous allons tracer ici à titre de communication provisoire, de jalon thérapeutique, qui permettra d'aller de l'avant en matière de psychiatrie médicalementeuse.

Messieurs, aujourd'hui, après les communications et publications de MM. Dujardin-Beaumetz (*Société et Bulletins de Thérapeutique*, 1884), après les notes de Francotte (*Prog. médical*, 1884), après la notice d'Yvon (*Bulletin Thérap.*, mars 1884), à la suite de la publication du compte rendu analytique des journaux italiens de 1882 dans les *Annales médico-psycholog.* (Travail de Morselli et Bergesio), vous rappelant vos éléments de chimie, vous savez que la paraldéhyde est une modification polymérique de l'aldéhyde, qu'elle a été découverte par Weidenbuch en 1829, qu'elle a pour formule $C_6H_8O_3$, qu'elle est liquide au-dessus de $+ 40,5$ et qu'au-dessous de cette température elle cristallise; les cristaux, en surnageant dans la portion de paraldéhyde encore liquide, montrent que le corps en question a comme l'eau un maximum de densité. Vous n'ignorez pas non plus que la paraldéhyde a une odeur de pomme de reinette, un goût sucré, chaud, piquant, non astringent, et que son degré de solubilité serait, suivant les divers auteurs, de 4 : 8, 1 : 9, 1 : 10. Il ne nous appartient pas de traiter de son histoire chimique complète, qui ne nous est dans cette note d'aucune utilité. Mais il nous faut insister sur son peu de solubilité, qui est un obstacle à l'administration de fortes doses d'un trait, au moins par la déglutition. En revanche, le médicament n'est pas aussi désagréable à absorber que

le chloral par la voie gastrique, il n'est pas aussi irritant que celui-ci par la voie sous-cutanée ou par le rectum. De plus, par la voie sous-cutanée et par le rectum, on en peut injecter davantage que ne semblerait le comporter le degré de solubilité, à cause de l'état thermique des milieux; il est vrai que la chaleur diminue la solubilité de la paralaldéhyde, mais en même temps elle s'oppose à sa cristallisation, de sorte que par ces procédés on peut la faire absorber sous sa forme liquide, sinon dissoute, du moins diffusée dans l'eau. C'est ainsi que nous arrivâmes par les méthodes hypodermiques à pratiquer régulièrement des injections de 20 centigrammes par gramme, alors que la théorie indiquait 40, 11, 42 centigrammes. Par la bouche, nous la mêlions, pour en dissimuler la saveur, dans une potion aromatisée à l'aide de sirops de menthe, de groseilles, d'écorce d'orange, de vanille, selon les indications des auteurs déjà signalés.

Dans ces conditions, ingérée dans l'estomac, chez la femme (n'oublions pas que nous sommes à l'asile Saint-Yon), la dose active moyenne, celle qui détermine le sommeil, est de 4 grammes administrés en une seule fois; on peut obtenir, avec 2 grammes, un calme relatif, mais non un sommeil aussi parfait, et surtout aussi immédiat qu'au moyen de la première quotité. Le sommeil ainsi provoqué se fait sentir dans les quelques minutes qui suivent l'injection. Mais il est léger. En donnant 6 grammes d'un coup, soit pour une première fois, soit par élévation graduelle, rapide, on est sûr de narcoser les malades, mais c'est en pareilles circonstances que trois cas témoignèrent de l'événement suivant. Après le coup de massue somnifère presque instantané, nous avons observé un état ébriéux tirant sur la lipothymie. Une de nos malades, après avoir irrésistiblement dormi une heure, se réveilla soudain sous l'influence d'un malaise général avec frissons, sueurs froides, petitesse, ralentissement, intermittences d'un pouls filiforme. Les battements cardiaques présentèrent les mêmes modifications. Ces phénomènes inquiétants durèrent dix minutes environ, pour céder la place à une ivresse pure, cette fois sans sommeil. On dut par prudence, dès le lendemain, baisser la dose à 5 grammes. On fit dormir sans autres inconvénients. Les malades qui ne se montrent pas réfractaires sont prises, dans les quelques instants consécutifs à l'absorp-

tion gastrique, de battements palpébraux exactement comparables à ceux qui précèdent le sommeil normal des gens fatigués; puis, tout simplement, sans gêne, la patiente s'endort; mais, voilà le revers de la médaille, il semble que les deux à trois premières heures de sommeil soient seules remplies par une hypnose profonde, car, toutes les fois que, au delà de ces limites, nous nous sommes approchés des aliénées pour les observer, nous les avons réveillées. Pendant ce sommeil, ou plutôt, pendant cette action de la paralaldéhyde, nous n'avons pas noté de phénomènes différents de ceux qui accompagnent le sommeil ordinaire, ou de caractères anormaux propres à la paralaldéhyde. En outre, les malades, j'entends celles qui sont capables de rendre compte de ce qu'elles éprouvent, n'accusent pas de troubles spéciaux précédant le sommeil, elles ne se souviennent pas d'avoir ressenti d'effets désagréables pendant qu'elles dormaient; celles notamment qui ont pris du chloral jadis croient pouvoir affirmer que, tandis que le chloral provoque souvent des cauchemars, le sommeil paralaldéhydique en est exempt. Le réveil chloralique serait lourd et laisserait de l'engourdissement céphalique, de l'empatement buccal, tandis que le réveil paralaldéhydique participerait des qualités d'un réveil agréable, de celui qui suit un sommeil réparateur. Le seul inconvénient qu'on nous ait signalé, ce sont des vomituritions (rarement) et des renvois d'un goût et d'une odeur fastidieuse, donnant la sensation du vernis de peinture (térébenthine tenant en dissolution des matières colorantes et des résines), sensation que l'on préfère aux brûlures des renvois chloraliques. Une alcoolique en état de demi-conscience, qui présentait l'approche de ses accès, qui savait en flairer le début à l'insomnie, aux illusions et aux hallucinations élémentaires de la vue et de l'ouïe, aux terreurs immotivées qui commençaient à l'envahir, émettait presque termes pour termes les réflexions précédentes. Chez elle, d'ailleurs, la paralaldéhyde à la dose de 4 grammes réussit complètement. Au reste, le nombre d'insuccès radicaux fut très minime, nous ne pouvons guère l'évaluer qu'à un: il s'agissait d'une démente avec excitation maniaque chronique. Un autre l'ait pourrait en être rapproché. Ici nous avons affaire à une agitation maniaque aiguë persistant depuis quelques mois, agitation maniaque qu'on avait de la tendance, d'après les anamnes-

tiques, à rattacher à une névrose épileptique, contre notre opinion; dans l'espèce le médicament ne faisait pas dormir, même à hautes doses (8 gr. et même près de 40 gr.), il déterminait simplement un peu de sédation, et encore cette sédation se produisait-elle non point sur-le-champ mais dans la nuit suivante.

Elimination. — Comment s'élimine le médicament? Exclusivement par les poumons, si l'on en juge par l'examen organoleptique grossier des excréta de toutes sortes. Cette élimination dure très longtemps. Si par exemple, on administre 4 gr. de paraldéhyde à cinq heures du soir, la malade exhale cette odeur de vernis de peinture dont nous avons déjà parlé plus haut, odeur qui infecte une chambre et même un dortoir, le lendemain matin, à dix heures, et cette exhalation persiste jusque dans la soirée.

Lavements. — Par les lavements, nous avons, dans plusieurs cas, obtenu le sommeil, alors que la voie gastrique ne pouvait être prise, à l'aide de 4 grammes de paraldéhyde. Chez une paralytique générale, en pleine période d'agitation congestive avec désordre excessif dans les idées, hallucinations de la vue et de l'ouïe, nous avons tout particulièrement provoqué un sommeil de 8 heures. Comme par la voie gastrique, c'est cinq minutes environ après l'administration du médicament que s'est produit l'effet. Mais cet effet semble avoir été plus puissant. On pouvait en effet, dans l'espèce, causer dans la cellule, aller et venir, procéder à l'observation sans éveiller l'aliénée. Nous devons enregistrer ici que la température qui, au début de l'accès, était de 38,4 avec 74 pulsations, tombait pendant le sommeil paraldehydique, à 37,5, avec 54 pulsations. A ce sommeil succédait une sédation relative de 24 heures.

Injectons sous-cutanées. — Les injections sous-cutanées ont, comme les modes d'absorption passés en revue, engendré le sommeil, en des conditions identiques. Elles ont calmé, momifié même en une dizaine de minutes, plusieurs agitées. A ce calme succédait souvent, sans interruption, un sommeil de 6 heures et demie, sommeil plus ou moins tranquille, de même que par les portes d'absorption précédentes. Mais, ainsi que par les autres voies, il faut rapidement augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets, et, comme il s'agit d'injections sous-cutanées, quand on en

a poussé quatre (80 centigrammes), on n'ose guère dépasser cette dose, quoique le seul résultat de l'irritation du tissu conjonctif ait été, dans nos tentatives répétées, un nodus d'induration. Nous avons soin, il faut le dire, d'additionner la solution aqueuse d'eau de laurier-cerise.

Conclusions. — En résumé, si la paraldéhyde à des doses gastriques ou rectales de 4, 5, 6 grammes agit vite, en produisant un sommeil semblable au sommeil normal, qui ne présente pas d'inconvénients, il faut, si l'on veut que les effets persistent, augmenter très rapidement les doses. Mais jamais le sommeil que l'on obtient ne peut être considéré comme insensibilisateur, propre à l'exécution d'une petite opération. En revanche, les tendances à la lipothymie observées ne contre-indiquent pas l'administration du médicament; elles vous mettent en garde contre l'élévation des doses sans examen préalable ou quotidien des individus à traiter. En second lieu, la voie hypodermique se recommanderait à l'attention, si l'on avait un moyen d'injecter par seringue de Pravaz des doses doubles de celles qui nous ont donné des résultats; car, avec les petites quantités injectées sous la peau (20, 40, 60, 80 centigrammes), nous avons obtenu des effets; l'injection hypodermique de quantités deux fois plus considérables se trouve d'autant plus indiquée que nous sommes, ici aussi, forcés d'augmenter rapidement les doses; mais, pas plus que par les voies internes gastro-rectales, il ne saurait être question d'anesthésie propre à des interventions opératoires, au moins chez les aliénées. N'oublions pas non plus que l'agent envisagé ne nous paraît pas être un hypocinétique de premier ordre, le sommeil qu'il provoque étant léger, mais nous n'avons pas eu occasion de l'essayer dans la chorée. Enfin il ne faudrait pas croire, dans les cas d'aliénation mentale, que l'on eût dans la paraldéhyde un moyen infailible, c'est-à-dire réussissant constamment; il réussit très souvent, le plus souvent même, sinon à endormir, pour le moins à calmer; mais son action, qui s'épuise très vite et exige l'augmentation continue des doses, peut être nulle; même à 8 et 10 grammes, dans les cas d'agitation extrême, chroniques ou non. La démence ou les états d'obnubilation de la connaissance ne sont pas regardés par nous comme exerçant une influence particulière sur la paraldéhydisation ou la non-paraldéhydisation des sujets. Nous pensons, à

l'exemple de Langreuter (*Archiv. f. Psych.*, XV, 4.), que la première condition extérieure pour permettre à la paralaldéhyde d'agir, c'est le calme du milieu, mais nous ne croyons pas que le vide d'origine psychique des déments, la non-participation de ceux-ci aux événements ambiants, supplée au défaut total de sollicitation de leurs organes sensoriels par leurs extrémités périphériques; l'excitation qui exige l'administration des hypnotiques montre en effet que les processus d'activité nerveuse possèdent encore chez eux quelques-unes des propriétés qui caractérisent les fonctions psycho-cérébrales des aliénés non déments ou dont la connaissance persiste encore.

Messieurs, ces données, toutes générales, seront sans doute considérées par vous comme bien peu scientifiques. Ce n'est pas là, direz-vous, du déterminisme expérimental ou clinique. Qu'importent, ajouterez-vous, des aperçus généraux, quand on a à agir non sur des maladies, non sur des entités morbides, mais sur des symptômes et sur des symptômes observés chez des malades, produits, dans des conditions spécifiées, par des causes pathogénétiques, anciennes ou actuelles, chez tel ou tel individu envisagé? C'est également là mon sentiment. Mais ces prémisses si imparfaites serviront, je l'espère, à ceux qui veulent essayer plus à fond l'action de la paralaldéhyde, car elles nous apprennent les éléments qui doivent constituer des jalons, au sujet des modes d'administration à employer, des effets à attendre, des doses à introduire, des inconvénients à redouter. Je nourris, au surplus, l'espoir de vous présenter sous peu un travail de détails en rapport, dans la mesure du possible, avec les grands principes d'observation des maîtres auxquels je fais allusion par le mot de déterminisme, je veux parler en première ligne de Claude Bernard.

Un mot pour finir. Peut-être l'inconstance de ces résultats ou plutôt l'imperfection de plusieurs essais tient-elle à des variétés dans le mode d'absorption intra-histologique de la paralaldéhyde! Peut-être importe-t-il, comme le dit tout récemment Langreuter (*loc. cit.*), que l'absorption ait lieu non pas surtout dans l'estomac, mais dans l'intestin grêle, par osmose directe sur une large surface, dans les chyli-fères et lymphatiques intestinaux, à l'aide d'une mixture huileuse aromatique. C'est affaire de tâtonnements ultérieurs. En tout cas, la formule de Langreuter et Skubich a

l'avantage de permettre, sous un volume quelconque du véhicule, d'administrer moitié en grammes de paraldéhyde. Avis pour les injections hypodermiques en particulier, quoique, à cet égard, il faille se défier des embolies graisseuses. Cette formule, la voici en manière d'appendice.

Paraldéhyde, 50 grammes.

Essence de menthe poivrée, 40 gouttes.

Huile d'olive. Q. S. de façon à atteindre 100 cent. cubes; 42 cent. cubes, c'est-à-dire un peu moins d'une cuillerée à soupe, renferment 6 grammes de paraldéhyde.

M. BRIAND demande à M. Kéval dans quelles conditions se trouvent à leur réveil les malades qui ont dormi sous l'influence de la paraldéhyde, et si par exemple les excités maniaques se trouvaient à leur réveil dans leur même état d'excitation.

M. KÉVAL répond que ces malades étaient un peu calmés, quoique encore excités; il regrette de ne pouvoir fournir plus d'explications; mais les explications qu'il aurait à fournir ne lui appartiennent pas à lui seul, mais en commun avec M. Nercam, qui doit ces jours-ci soutenir sa thèse de doctorat sur ce sujet.

M. LEGRAND DU SAULLE. — La température s'abaisse-t-elle ou s'élève-t-elle pendant le sommeil déterminé par l'action de la paraldéhyde?

M. KÉVAL. — L'outillage défectueux dont nous étions pourvus ne nous a pas permis de faire de recherches suffisantes à cet égard. Toutefois, dans le seul cas où nous nous sommes livrés à des recherches, il y avait abaissement de température.

M. LE PRÉSIDENT félicite M. Kéval de sa très intéressante communication.

Des mesures proposées pour la surveillance et la protection des aliénés traités en dehors des établissements spéciaux publics et privés (suite et fin).

M. FALRET. — J'ai exposé dans une dernière séance les diverses mesures édictées par les législations étrangères; il m'a été fait remarquer, notamment par M. Legrand du Saulle, que mon travail ne contenait pas de conclusions. Je viens aujourd'hui vous formuler quelques idées rapides, de manière à élucider certaines questions. Dans le projet

nouveau, on a cherché à combler quelques lacunes de la loi de 1838. L'étude des législations étrangères donne un aperçu général des solutions diverses qu'on a apportées à ces questions. Il est certain que les familles, à moins que la question de danger ne soit en jeu, ont le droit de soigner leurs parents aliénés comme il leur plait. Cependant le nouveau projet admet que tout aliéné, soigné par sa famille ou par des parents rapprochés, soit soumis à une surveillance administrative; tout en distinguant entre l'aliéné soigné par sa famille ou par des étrangers. Devra-t-on demander la surveillance, en France, pour les aliénés soignés par des étrangers?

Une autre question importante : convient-il de rechercher à cet égard les bases d'une nouvelle législation, au lieu de rester dans le *statu quo*? Il serait certainement désirable, qu'en principe, une surveillance s'établisse sur les aliénés en famille, car c'est là que se rencontrent les abus bien plus que dans les asiles d'aliénés; les articles nouveaux de la loi se justifient donc; reste la question d'application; les familles seront obligées, dès le début du traitement, de signaler les aliénés qui sont dans leur sein. Le nouveau projet l'admet, si le malade n'est pas un proche parent, et, dans ces cas, il doit être soumis à toutes les mêmes formalités que les autres aliénés : certificats, registres d'inscription, mode de surveillance de par l'autorité administrative ou judiciaire. Ces mesures seront possibles à appliquer en certains cas, mais souvent les familles échapperont à leur contrôle; les familles, par désir de garder le secret ou bien tout en étant de bonne foi, par ignorance, ne feront pas le signalement exigé, et l'administration ne sera informée que s'il y a un fait public commis et constaté. Même en Belgique et en Hollande, cette loi n'est pas appliquée, quoiqu'elle le soit en Angleterre et en Ecosse. Quelles mesures faudra-t-il prendre pour appliquer ces dispositions? Il y a à cet égard utilité d'établir deux catégories d'aliénés : 1° les aliénés interdits et, par suite, signalés à l'administration, et les aliénés autrefois internés et sortis comme inoffensifs ou guéris et qui peuvent être suivis. Cette catégorie pourrait être soumise facilement à l'autorité de l'inspection publique; mais la 2° catégorie échappera au contrôle. Quelle sera l'autorité chargée de cette surveillance? Sera-ce l'autorité judiciaire;

administrative, le parquet, les commissaires de police? la plupart du temps, cette surveillance sera lettre morte.

Si l'on veut entrer dans cette voie, il faudra établir des commissions spéciales, centrales ou départementales, analogues aux commissions *in lunacy*, sans quoi la surveillance serait inefficace. Une telle commission centrale et, dans chaque département, une commission locale; avec beaucoup d'efforts, pourront avoir des éléments de recherches pour s'enquérir des aliénés qui existent. Dans le cas où cette commission existerait, pourrait-on introduire en France les autres mesures admises à l'étranger, telles que certificat de médecin pour l'admission, visite de l'aliéné à domicile, examinant quels soins lui sont donnés, quels devoirs sont remplis par les parents ou proches? Ces mesures ne sont pas impossibles, puisqu'elles sont appliquées en Angleterre.

Quelles sanctions cette commission aura-t-elle pour faire valoir ses décisions? Des décisions peuvent être prises par l'autorité administrative, les préfets ou les tribunaux; mais cette commission pourra-t-elle faire des réprimandes aux familles, proposer le placement des aliénés dans les asiles, dans le cas de mauvais soins dans les familles?

Cette commission aura-t-elle un droit direct ou le déléguera-t-elle à l'autorité administrative et judiciaire?

De tout cet exposé, nous formulons les conclusions qui suivent :

1° Ne pas rester dans le *statu quo*, et chercher par conséquent une solution dans un mode de surveillance;

2° Etendre cette surveillance aux aliénés soignés dans les familles;

3° Cette surveillance devra être exercée par des magistrats ou par une commission.

4° Cette surveillance devra consister en quatre articles : 1° certificat d'admission ; 2° visites à faire à l'aliéné ; 3° registre d'inscription à tenir ; 4° possibilité de prendre des mesures pour faire cesser les abus qui peuvent exister, en d'autres termes, possibilité d'en référer à l'autorité administrative ou judiciaire.

M. LUNIER. — Messieurs, nous sommes, je crois, à peu près tous d'accord sur la nécessité de mettre un terme aux abus qui se commettent à l'égard des aliénés traités ou maintenus en dehors des établissements spéciaux. Mais nous

ne le sommes pas, paraît-il, sur les moyens d'obtenir ce résultat si désirable; ce qui pourrait bien tenir, au moins dans une certaine mesure, à ce que la plupart des orateurs qui ont pris la parole sur cette question, dans cette enceinte et ailleurs, ont presque toujours confondu sous le nom d'*aliénés à domicile* deux catégories de malades pour lesquels cependant il n'est ni légitime ni rationnel de réclamer les mêmes moyens de protection, les mêmes mesures de surveillance.

Je ferai observer d'abord que l'expression d'*aliénés traités à domicile* n'est rien moins que correcte : nous la trouvons bien, il est vrai, dans l'exposé des motifs du nouveau projet de loi; mais elle n'est pas reproduite et avec raison dans le texte même de la loi. C'est pour ce motif que j'ai demandé, lorsque la question a été mise à l'ordre du jour de la Société médico-psychologique, qu'on lui substituât les mots *aliénés traités en dehors des établissements spéciaux*.

Parmi ces aliénés, d'ailleurs, les uns sont conservés dans leur propre famille, les autres sont confiés à des tiers qui s'engagent, sous certaines conditions, à leur donner ou à leur faire donner les soins dont ils ont besoin. Je ne m'occuperai d'abord que de cette dernière catégorie d'aliénés, la seule dont il soit question dans le projet de loi soumis actuellement aux délibérations du Sénat. Voici en quels termes le projet de loi s'exprime à ce sujet :

Art. 3, § 2. — Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité, même seul, à moins que le tuteur, le conjoint, l'un des ascendants, l'un des descendants ou l'un des collatéraux jusqu'au 4^e degré inclusivement du malade, n'ait son domicile dans la même maison et ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés.

Art. 10, § 2. — Nul ne peut soigner un aliéné dans les conditions prévues par le § 2 de l'art. 3 de la présente loi sans qu'il en soit fait la déclaration, dans le délai d'un mois, au maire de la commune.

On eut dû peut-être déterminer à partir de quel moment courra ce délai d'un mois. On pourrait demander également que la loi fût plus explicite, et qu'elle indiquât par exemple comment et par qui sera constaté l'état mental des aliénés visés dans les articles que je viens de rappeler; quelle suite le maire devra donner à la déclaration qui lui aura été

faite; comment seront constatées les guérisons et la cessation du traitement, etc., etc.; mais, je considère que toutes ces dispositions de détail seront mieux placées dans un règlement d'administration publique que dans la loi même.

Il me paraît suffisant, en effet, que la loi indique nettement que toutes les maisons où seront traités un ou plusieurs aliénés seront soumises à la même surveillance que les asiles privés, comme le fait le § 2 de l'article 3, pour que ces maisons soient visitées et inspectées. Ce sont, en effet, de véritables asiles au petit pied.

Cette disposition, d'ailleurs, a été empruntée aux lois étrangères qui presque toutes, mais en des termes différents, assimilent aux établissements spéciaux les maisons où des aliénés sont traités moyennant profit par des personnes autres que leurs proches parents.

Il en est ainsi notamment en Belgique, en Hollande, en Angleterre, en Ecosse, dans le grand duché du Luxembourg, dans le canton de Genève et en Norvège (4).

Est-il rationnel d'aller plus loin? Faut-il étendre l'intervention de l'autorité administrative et judiciaire aux aliénés soignés dans leur propre famille?

Les auteurs du nouveau projet de loi ne l'ont pas pensé et l'exposé des motifs est très explicite à cet égard.

« Pour éviter toute rigueur excessive dans l'application de cette idée (surveillance exercée sur les aliénés traités en dehors des établissements spéciaux), nous avons laissé en dehors des termes de la nouvelle disposition de l'article 3, le cas où l'aliéné est soigné dans la maison même et sous la surveillance de son tuteur, de son conjoint, ou d'un de ses proches parents. Dans ce cas, en effet, la présence auprès de lui de personnes qui lui sont attachées par des liens étroits peut paraître une garantie suffisante contre tout danger qui menacerait sa liberté ou sa santé. »

La commission sénatoriale qui étudie en ce moment le projet du gouvernement paraît vouloir aller plus loin : elle proposerait d'étendre les droits et devoirs de surveillance de l'autorité aux aliénés traités dans leur propre famille, mais seulement lorsque l'emploi des moyens de contrainte a duré trois mois.

(4) *Des placements volontaires dans les asiles d'aliénés; étude sur les législations françaises et étrangères*, par le D^r L. Lunier. Paris, 1868.

Même réduite à ces termes, la disposition proposée aurait, je crois, plus d'inconvénients que d'avantages. Je m'explique.

Ce n'est qu'exceptionnellement que les législations étrangères ont étendu aux aliénés traités dans leur propre famille l'intervention de l'autorité. Je sais bien que l'article 25 de la loi belge contient une disposition très explicite concernant cette catégorie d'aliénés; mais en fait cette disposition est restée lettre morte.

Dans la loi des Pays-Bas et celle du grand duché de Luxembourg, les aliénés maintenus dans leur propre famille ne sont soumis à aucune surveillance de la part de l'autorité.

En Angleterre, l'Etat ne s'occupe des aliénés traités par leurs proches parents que lorsque ceux-ci en tirent profit, ou que les malades sont interdits.

En Ecosse, il faut qu'un aliéné ait été maintenu de force dans sa maison depuis plus d'un an, ou qu'on ait employé à son égard des moyens de contrainte mécanique, pour que la famille soit tenue d'en faire la déclaration au bureau des commissaires.

L'article 1^{er} de la loi du canton de Genève ne vise que les aliénés retenus par contrainte et soignés par des personnes n'appartenant pas à sa famille.

Seule la loi de Norvège du 17 août 1848 ne fait aucune distinction, dans son article 45, entre les aliénés détenus ou gardés à vue, soit dans leur propre domicile, soit chez des parents ou des étrangers et exige « qu'avis en soit donné aussitôt que possible au pasteur ou à un médecin » qui devient dès lors responsable de l'exécution de la loi et doit « adresser à ce sujet un rapport au département de l'intérieur ».

J'ai partagé moi-même cette manière de voir et l'ai défendue dans mon mémoire de 1870 sur l'*isolement des aliénés*, mais les faits que j'ai observés depuis cette époque ont modifié mon opinion à cet égard.

Non pas que je méconnaisse les graves inconvénients du *statu quo*; mais les dispositions qui nous sont proposées, en auraient, je crois, de bien plus graves encore.

L'application de ces dispositions ne se heurterait-elle pas, d'ailleurs, aux plus sérieuses difficultés? Qui serait tenu de déclarer au maire que, dans telle ou telle famille, il y a

un aliéné en traitement? Ce ne peut être le médecin de la famille, auquel le secret professionnel est imposé par la loi? Serait-ce le père, la mère, le conjoint? mais s'ils tiennent à ce qu'on ne connaisse pas le malheur qui les frappe, et il en sera ainsi dans l'immense majorité des cas, ils ne feront aucune déclaration et en bonne conscience on ne saurait les en blâmer. Les parents, d'ailleurs, qui feraient cette déclaration, ne seront presque jamais ceux dont il serait nécessaire de surveiller les agissements. Et puis, pour cette catégorie de malades, où commence la folie? Quels sont ceux pour lesquels la déclaration sera nécessaire? Autant de difficultés, autant de situations pénibles que vos investigations indiscrètes ne pourront qu'aggraver.

Je considère donc que la loi sur les aliénés doit laisser en dehors de son action ceux qui sont traités dans leur propre famille.

Mais comme on ne peut se désintéresser complètement de cette catégorie de malades, je serais d'avis qu'à la suite de l'article 344 du Code pénal concernant les séquestrations illégales, il fût dit expressément que les dispositions de cet article seraient applicables à la séquestration des aliénés dans leur propre famille, lorsque cette séquestration serait accompagnée de sévices et même simplement de négligence coupable dans les soins qui doivent leur être donnés. Je suis convaincu que si des prescriptions de cette nature étaient sagement, mais sévèrement appliquées, nous ne verrions plus que bien rarement se produire des séquestrations scandaleuses de la nature de celles qui ont été signalées à plusieurs reprises dans cette enceinte.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, j'ai demandé la parole à l'occasion du mémoire de M. le Dr Parant qui nous a été lu à notre avant dernière séance, et je vous demande la permission de vous exposer brièvement les raisons qui me font adopter des conclusions entièrement opposées à celles de notre honorable confrère. Je vois, par ce que vient de nous dire M. Jules Falret, que je serai également d'une opinion différente de la sienne; il admet en effet une réglementation, — moins rigoureuse que celle proposée par M. Parant; — pour moi, au contraire, je pense qu'il ne faut rien changer à la législation actuelle.

Vous connaissez les faits à propos desquels M. Parant vous a fait sa communication : deux aliénés, ayant été

séquestrés dans leurs familles, à Toulouse, l'opinion publique s'émeut, et une enquête est ouverte. Cette enquête révèle que les deux victimes, un jeune homme imbécile et son père en démence, sont tous les deux des malades qu'il eût été impossible de laisser vivre en liberté : elle constate également que des soins hygiéniques bien entendus leur ont fait défaut, qu'ils n'ont pas été traités et soignés comme il aurait fallu ; mais comme il a été impossible de prouver qu'ils eussent été réellement maltraités, la Cour, après une longue et minutieuse information, rend une ordonnance de non-lieu.

Les cas de ce genre ne sont pas absolument rares ; j'en connais un certain nombre, et tous, vous en avez certainement rencontré. Il faut remarquer — c'est du moins ce que j'ai constaté dans les faits qui me sont personnellement connus — que les séquestrations ne se produisent guère que dans des familles peu fortunées, habitant des villages ou des hameaux écartés : elles sont extrêmement rares dans les villes, les conditions de logement, de milieu, ne s'y prêtant guère. A la campagne, aussi longtemps que l'aliéné peut, sans inconvénient trop grave, jouir de sa liberté, vous savez qu'on le laisse vagabonder à sa guise. Mais, du jour où il a commis un méfait, du jour où il devient incommode ou dangereux, on l'enferme, et on l'enferme comme on peut. On ne lui donne pas grand confort, et cela par une raison bien simple, c'est qu'on n'en a pas pour soi-même. On ne le couche ni mieux ni plus mal que les membres valides de la famille ; il est nourri comme eux, c'est-à-dire pauvrement : peut-être même sa ration est-elle diminuée, parce qu'il est une bouche inutile, qu'il ne rapporte rien au ménage. Pour ces infortunés, l'asile est un paradis ; mais que de fois, malgré toutes les démarches, ai-je vu refuser le placement d'office, la commune ni le département ne voulant assumer les frais d'entretien ! Que voulez-vous que deviennent alors ces pauvres gens ? ils s'arrangent comme ils le peuvent, et l'aliéné en pâtit.

Voilà, je crois, comment les choses se passent le plus généralement, et l'on voit fort bien qu'il n'est pas question de traitement, mais qu'il s'agit simplement de se protéger contre un aliéné qui peut devenir malfaisant. Quand cela se fait sans qu'il y ait sévices graves, mauvais traitements, il ne saurait y avoir aucune responsabilité pénale,

et comment en effet pourrait-elle exister ? Ne serait-il pas inique d'exiger de gens dans l'indigence qu'ils donnent à un des leurs un bien-être qu'ils ne peuvent se donner à eux-mêmes ?

Il peut arriver, je ne l'ignore pas, que dans ces conditions, l'aliéné séquestré soit réellement maltraité, et victime de sévices graves ; il peut arriver que sa famille, même lorsqu'elle est dans l'aisance, le néglige d'une façon systématique, qu'elle le prive du nécessaire, dans l'espoir d'être plus tôt débarrassée d'une charge qui lui pèse. Mais alors il y a *crime*, la justice doit intervenir. Seulement je pense que les règles ordinaires de la procédure suffisent : la preuve en est dans les exemples que M. Parant a rapportés, et qu'il eût été facile de multiplier. La répression n'a pas manqué et elle a été sévère.

Dans le projet de M. Parant, il s'agit au fond de bien autre chose. Une famille est frappée dans un de ses membres qui devient aliéné ; elle ne peut se résoudre à se séparer de lui, s'imaginant qu'en le gardant près d'elle elle aura plus de chances de le guérir ou du moins d'adoucir ses souffrances. Elle se refuse à le confier à des étrangers ; elle veut tenir secret le malheur dont elle est victime. Est-il besoin de dire quels intérêts majeurs peuvent être en jeu ?

C'est à ce moment que M. Parant propose de faire intervenir l'autorité : « Parce que, dit-il, des exemples « nombreux démontrent que la séquestration, pratiquée « dans les familles peut être non seulement défectueuse, « mais encore abusive, et même criminelle » (p. 444). Notre honorable confrère échafaude toute une procédure pour empêcher les abus possibles. Du moment qu'une famille garde chez elle pendant trois mois (M. Crisenoy, plus libéral, accordait un an) un de ses membres frappé d'aliénation mentale, il faut en faire la déclaration à l'autorité compétente, qui, à partir de ce moment, s'empare de la tutelle, et exerce un contrôle incessant.

Théoriquement, cela paraît assez facile. On créera une nouvelle catégorie de fonctionnaires, inspecteurs ou commissaires, à plusieurs degrés hiérarchiques, qui inspecteront les familles, se contrôleront les uns les autres ; nul aliéné n'échappera à leur vigilance.

Mais, en pratique, les choses se passeront-elles aussi simplement ?

Je suppose une famille dans laquelle il y ait un enfant épileptique ou idiot, ou une fille hystérique, ou une femme mélancolique, hypochondriaque, ou un mari alcoolique, — je pourrais multiplier les hypothèses ; — et je pose cette première question : sont-ce là des aliénés qui tomberaient sous le coup de la nouvelle loi ?

Si vous dites oui, j'objecterai que ce ne sont nullement des folies véritables, mais de simples névroses, de simples névropathies ; — et nous pourrions discuter indéfiniment sans résoudre la question.

Voilà donc une première difficulté.

Il en est une autre, bien plus grave. J'admets que la question de diagnostic soit tranchée, qu'il ne puisse y avoir aucun doute sur la nature du mal, que ce soit réellement une maladie mentale. Qui sera chargé de faire la déclaration à l'autorité ? Sera-ce le médecin de la famille, celui qu'elle honore de sa confiance, à qui elle dit ses douleurs les plus intimes ? Lui demanderez-vous de violer le secret professionnel ? Aucun médecin n'y consentira jamais.

Si ce n'est pas le médecin, sera-ce le père, le chef de la famille ? Mais quand il sera persuadé qu'il a un aliéné parmi les siens, lui demanderez-vous d'étaler aux yeux de tous, de rendre publique la plaie douloureuse qu'il s'efforce de tenir cachée, et qu'il peut avoir un intérêt immense à ne pas divulguer ? Lui demanderez-vous, et de quel droit ? de faire contrôler le médecin de son choix par le médecin de l'administration ? Le père ne parlera pas, le punirez-vous ?

Ce n'est donc ni le médecin, ni le père, qui dénoncera le crime de soigner un aliéné au milieu de sa famille. Qui sera-ce ? sans doute quelque domestique infidèle, quelque voisin malveillant, quelque ennemi jaloux... Vous donnez une prime à la délation !

Mais je me trompe : toutes ces difficultés n'existent pas ; l'autorité a été régulièrement avisée ; magistrats, inspecteurs, commissaires, se sont mis en campagne. J'imagine que l'un de ces inspecteurs sera un médecin, chargé, à intervalles plus ou moins éloignés, de visiter le malade. Quelle sera sa mission ? Examinera-t-il si l'aliéné est bien nourri, convenablement vêtu, si on lui donne du vin et de la viande en quantité suffisante, si on lui fait prendre l'air ? Inspectera-t-il sa chambre, verra-t-il comment elle est

orientée, si elle a le cube d'air indiqué dans les livres d'hygiène les plus récents? Contrôlera-t-il les prescriptions du médecin traitant?... Remarquez que, s'il ne fait pas tout cela, son rôle est inutile, et, s'il le fait, pouvez-vous imaginer quelque chose de plus tracassier?

Encore cela ne suffit-il pas à M. Parant. « Pour qu'ils « (les commissaires) puissent mieux remplir leur mission, « il leur serait donné connaissance de l'état de fortune « du malade et de sa situation de famille » (p. 408). Quelle est la famille, messieurs, qui voudra se soumettre à pareille obligation? Quelle est la loi qui oserait l'y contraindre? Et si d'aventure cette loi existait, ne faudrait-il pas jurer de lui désobéir?

Je crois que le foyer domestique doit rester inviolable, que l'autorité de la famille doit être respectée jusqu'à ses dernières limites. Ce sont là les bases fondamentales de notre droit, et jamais on n'a admis qu'il pût y être dérogé, à moins d'un intérêt absolument supérieur. Or, existe-t-il, cet intérêt supérieur, suffisant pour motiver la dérogation proposée?

Je le cherche en vain. Le seul argument que je rencontre est celui-ci : l'aliéné maintenu dans sa famille, soigné par les siens, peut devenir la victime de son entourage; il se peut qu'il soit maltraité, circonvenu, dépouillé de ses biens.

Mais ce n'est qu'une possibilité, et, si telle est votre sollicitude, pourquoi la borner à l'aliéné? Ce que vous craignez pour lui, je le redoute tout autant pour le phthisique, et en général pour n'importe quel malade. En est-il un seul qui soit assuré de garder sa vigueur intellectuelle, son énergie morale, qui puisse résister à toute suggestion, à toute contrainte opposées à ses intérêts, et qui ne soit jamais entouré que de parents dévoués et désintéressés?

Pour être logique, il faudra que vous demandiez des inspections dans un cas comme dans l'autre.

Notez, d'ailleurs, que si votre loi est votée, elle sera forcément inutile. Elle n'atteindra pas ceux que vous visez, parce que ceux-là, quoi que vous fassiez, se cacheront. Ils ne diront ni qu'ils ont un aliéné chez eux, ni qu'ils le tiennent séquestré. Vous n'atteindrez que les familles qui feront leur devoir, et pour ces familles, votre loi sera vexatoire, insupportable.

Il m'est arrivé, assez souvent, de recevoir dans mon service des paralytiques généraux arrivés à la dernière période de leur maladie. Quand je m'étonnais que ces malades eussent pu rester si longtemps dans leurs familles, j'apprenais que, du jour où ils avaient été frappés, ils avaient trouvé à leur foyer une garde-malade vigilante et infatigable. De jeunes femmes, habituées au luxe, n'ayant connu de la vie que les frivolités et les plaisirs, quittaient tout, renonçaient à tout, et, sans une plainte, sans un murmure, s'installaient au chevet de celui dont elles avaient promis de partager la bonne comme la mauvaise fortune, et dont elles voyaient avec désespoir sombrer l'intelligence. Rien n'avait jamais pu les rebuter; et cependant elles n'avaient même pas cette consolation suprême d'être payées de leur sacrifice par une parole d'affection ou de reconnaissance. Elles faisaient leur devoir; mais, Messieurs, c'est ce devoir vaillamment accompli, c'est ce dévouement obscur, cette abnégation de tous les instants, c'est là ce qui est l'honneur du foyer, et voilà ce que l'on nous propose de contrôler, de réglementer! La femme qui se dévoue pour son mari, le mari qui sacrifie tout pour sa femme, l'enfant qui recueille pieusement ses parents, les parents qui se résignent à tout plutôt que d'abandonner leur enfants, voilà ce qui excite votre méfiance!

Je ne fais pas de sentiment, je raconte ce que j'ai vu, et vous-mêmes vous avez tous vu les mêmes faits, car heureusement ils ne sont pas rares.

Reste un dernier argument : la législation qui nous est proposée existe en Ecosse, elle a été essayée en Belgique, peut-être dans d'autres pays encore.

Je vous avoue que cet argument me laisse froid. Que les Ecossais, que les Belges acceptent telle législation qu'il leur plaira, c'est affaire à eux de la concilier avec leurs habitudes. Si la loi que propose M. Parant fonctionne en Ecosse, et si elle fait le bonheur des Ecossais, je m'en réjouis, mais cela ne prouve en aucune façon ni l'utilité ni la possibilité de son introduction chez nous. Essayez donc d'imposer en France l'observation du dimanche comme en Angleterre!

Quand a été élaborée la loi de 1838, cette loi si excellente et si parfaite, qui, depuis près d'un demi-siècle, a suffi à protéger nos aliénés; quand, dis-je, cette loi a été élaborée,

a-t-il été besoin de chercher des modèles au delà de nos frontières?

Messieurs, je ne veux pas abuser de votre bienveillante attention. J'ai essayé de résumer devant vous les objections qui me sont venues à l'esprit quand j'ai entendu lire le mémoire de M. Parant. Je ne nie point, je ne cherche même pas à atténuer la gravité des faits sur lesquels notre confrère a basé son argumentation. Mais, fussent-ils plus nombreux et plus révoltants, ces faits ne suffiraient pas, à mon avis, pour motiver la législation qui nous est proposée. La loi de M. Parant, j'en ai la conviction, n'atteindrait pas les vrais coupables, elle froisserait profondément les sentiments intimes des familles les plus respectables. Encore, si elle n'était qu'inutile; mais elle prendrait fatalement le caractère presque odieux d'une loi fiscale. Pour payer les nouveaux commissaires, il faudra un nouveau chapitre du budget. Qui devra l'alimenter? Les familles mêmes des aliénés, qui chaque année auront à payer une taxe déterminée, la *taxe du malheur*, sans doute!

Faut-il donc, en vue d'une protection illusoire et inutile de l'aliéné, tourmenter et tracasser sa famille?

La séance est levée à 6 heures.

CHARPENTIER.

SÉANCE DU 30 JUIN 1884.

Présidence de M. DAGONET.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance.

Mort de M. Moreau (de Tours).

M. LE PRÉSIDENT informe la Société de la perte qu'elle vient d'éprouver en la personne de M. Moreau (de Tours), qui vient de succomber à quatre-vingt et un ans, et donne lecture d'une lettre de Mme V^{ve} Moreau (de Tours), qui offre à la Société un prix portant le nom de son mari. M. le Président remercie M. Paul Moreau (de Tours).

M. RITTI, secrétaire général, donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Moreau (de Tours). Voir *Ann. méd. psych.*, n° de juillet 1884, p. 488.)

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :—1^o Lettre de M. Fallières, ministre de l'instruction publique, sur l'utilité de proposer une question à discuter au congrès des sociétés savantes.

Une commission, composée de MM. Falret, Legrand du Saulle, Lunier, propose les deux questions suivantes adoptées par la Société :

a. De l'influence du diabète sur les facultés intellectuelles et morales ;

b. De la part de l'hérédité dans la genèse des maladies mentales et dans l'évolution des impulsions criminelles.

2^o Une lettre de M. le D^r Seglas, demandant à être nommé membre titulaire de la Société.

Une commission composée de MM. Magnan, Ballet, Féré, rapporteur, est nommée pour examiner les titres et travaux de M. Séglas.

3^o Une lettre de M. le D^r Chambard, médecin adjoint de l'asile Saint-Yon, demandant à être nommé membre correspondant. L'examen des titres et travaux de M. Chambard est renvoyé à une commission composée de MM. Ball, Bouchereau, Charpentier, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1^o Le n^o 3 des *Archives de médecine du D^r Séguin* ;

2^o Le n^o 6 du *Manicome de Fleurent*.

3^o Un travail du D^r Ladame : *La prostitution dans ses rapports avec l'alcoolisme, la criminalité et la folie*.

M. MOTET présente :

Au nom du D^r Miraglia, une étude phrénologique de Napoléon I^{er} et de Garibaldi.

Au nom du D^r Régis, un travail sur les folies sympathiques, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, j'ai l'honneur de déposer sur le bureau un exemplaire de la thèse de doctorat que vient de soutenir devant la Faculté de médecine de Paris un de nos internes de Charenton, M. le D^r Raffegau. Elle a pour titre : *Du rôle des anomalies congéniales des organes génitaux dans le développement de la folie chez l'homme*.

Jusqu'à présent, ces anomalies ont été étudiées, surtout au point de vue anatomique et physiologique. M. Raffegau a voulu rechercher si elles n'avaient pas une influence sur la production de la folie, au moins dans certains cas. S'appuyant sur quelques observations empruntées à divers auteurs, et notamment à M. Legrand du Saulle, y ajoutant quelques autres recueillies dans mon service, notre jeune confrère a consacré une cinquantaine de pages intéressantes à une question qui demande de nouvelles études, mais qui constitue certainement un chapitre important de l'étude des rapports du physique et du moral.

M. Raffegau n'a pas épuisé le sujet; mais il a écrit une œuvre qui dénote de sérieux efforts, et qui occupera une place honorable dans notre bibliothèque.

Rapports de candidature.

M. GILBERT BALLEZ fait un rapport verbal sur la candidature au titre de membre associé étranger, de M. le Dr Perez, médecin d'un établissement d'aliénés de Buenos-Ayres (Amérique du Sud).

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et M. Perez est nommé, à l'unanimité des membres présents, membre associé étranger.

M. MAGNAN présente, au nom de M. Bajénoff, médecin de l'hôpital des aliénés de Moscou, un travail sur la colonie de Gheel et un traité sur les fièvres, et propose de nommer l'auteur de ces travaux membre associé étranger de la Société.

La proposition de M. Magnan est adoptée à l'unanimité des membres présents.

M. MORER fait un rapport verbal sur la candidature de M. Cuylits, médecin en chef de l'asile d'Evèrè (Belgique), au titre de membre associé étranger. M. Cuylits, qui est membre titulaire et ancien président de la société de médecine mentale de Belgique, est l'auteur de travaux intéressants sur la pathologie mentale, parmi lesquels nous remarquons tout particulièrement une étude sur les hallucinations, une autre sur la substance grise du cerveau, etc.

Les conclusions du rapport de M. Motet sont adoptées, et M. Cuylits est nommé, à l'unanimité, membre associé étranger.

Commission du prix Aubanel.

M. PAUL GARNIER. — Messieurs, conformément au vote que vous avez émis, dans votre dernière séance, vous aurez à décerner, au mois d'avril 1886, un prix Aubanel de la valeur de 2,400 francs.

Bénéficiant de la confiance que vous lui avez déjà témoignée, votre commission, composée de MM. J. Falret, Legrand du Saulle, Magnan, Cotard et Paul Garnier, après avoir été nommée à l'effet d'examiner les travaux présentés pour le prix Aubanel de la présente année, a, de plus, été chargée par vous du soin de tracer le programme du concours. C'est en son nom que j'ai l'honneur de vous soumettre la question sur laquelle son choix s'est fixé après mûre délibération.

Messieurs, la variété des aspects sous lesquels l'aliéné se présente à l'observation du clinicien n'est due, le plus souvent, il faut le reconnaître, qu'au caractère de la maladie mentale, essentiellement protéiforme par elle-même; toutefois, il convient de remarquer que cette diversité peut tenir aussi à l'intervention de troubles délirants appartenant à des espèces morbides différentes, et nullement solidaires. Ainsi se trouve réalisé un complexe symptomatique qui n'est point l'expression d'états hybrides et fusionnés, mais bien le résultat de la superposition, de la coïncidence, chez un même sujet, de plusieurs affections mentales évoluant, côte à côte, chacune suivant la modalité clinique qui lui est propre et en dehors de toute subordination réciproque.

De cette simultanéité, conditionnée par des influences étiologiques multiples, ne naît donc point une altération fondamentale des individualités psychopathiques, que l'on retrouve, au contraire, derrière des apparences confuses, avec tous leurs attributs spéciaux.

Les exemples de ces pluralités pathologiques sont loin d'être rares; mais, parmi eux, celui qui s'offre tout d'abord à l'esprit, comme réalisant le cas le plus vulgaire, consiste dans la production du délire alcoolique au cours d'une maladie mentale quelconque: paralysie générale, délire chronique, épilepsie, etc.

Qui ne sait que, dans cette intoxication, l'aliéné, outre

qu'il trouve souvent l'appoint d'excitation nécessaire pour passer à l'acte délirant, qui ne se fût pas peut-être produit sans cette cause adjudante, y puise, d'autres fois, l'origine d'un véritable délire à caractères définis et distincts?

Ici, l'alcool ne fait qu'exciter une activité malade prête à entrer en jeu au moindre stimulus; là, exerçant une action plus profonde, il va jusqu'à constituer une folie à part dont les symptômes bruyants, prenant le pas sur l'affection préexistante, la masqueront plus ou moins, sauf à s'effacer plus tard devant elle, quand cette excitation sera tombée. Que de fois cette situation n'est-elle pas constatée au début de la paralysie générale!

Tel malade peut tenir de conditions héréditaires complexes, à la fois l'épilepsie et la vésanie; mais ces deux états morbides restent indépendants dans leurs manifestations, et ne s'influencent que d'une façon purement accessoire et contingente.

Le délire épileptique paroxystique éclate-t-il, il se révèle par un ensemble symptomatique qui lui est propre, s'empare transitoirement de la scène morbide, sur laquelle le délire vésanique reviendra prendre son rôle, quand les troubles délirants comateux se seront dissipés.

On conçoit qu'il dépende de ce malade si gravement atteint, d'ajouter à la dualité pathologique dont il souffre un troisième élément; c'est-à-dire qu'un délire alcoolique peut survenir à son heure, et constituer ainsi, auprès des deux autres, un troisième état morbide à physionomie spéciale.

Il semble à votre commission, Messieurs, qu'il y a matière à des considérations intéressantes et essentiellement pratiques dans cette analyse destinée à discerner, au milieu de phénomènes multiples et hétérogènes, les caractères propres à chaque espèce.

Il n'est pas téméraire de prétendre que c'est en faisant ainsi la part exacte de chaque forme nosologique qui se compromet, si l'on peut ainsi parler, dans ces rencontres diverses, que l'on aura chance d'éviter ces confusions regrettables aboutissant à des divergences non moins fâcheuses, quand il s'agit d'établir que tel symptôme est pathognomonique de telle affection mentale déterminée.

De cette recherche minutieuse ne dépendent pas seule-

ment l'exacte interprétation semiologique et la sûreté du diagnostic, on peut y attendre encore de précieux renseignements pour le pronostic, d'utiles indications thérapeutiques et de sérieuses données médico-légales.

Votre commission vous propose donc, Messieurs, de mettre au concours le sujet suivant :

« De la coexistence, chez un même malade, de délires d'origine différente (alcoolique, épileptique, paralytique, vésanique, etc.), au point de vue du diagnostic, du pronostic, du traitement et de la médecine légale. »

Toute liberté est laissée aux concurrents pour étendre, selon les hasards de la clinique, leur étude à l'observation des délires complexes les plus variés; c'est ainsi, par exemple, que pourront trouver place dans ce cadre les troubles intellectuels développés sous l'influence des intoxications par les solanées vireuses, le hachisch, notamment, et, au besoin, provoquées dans un hut thérapeutique, comme cela a été depuis longtemps tenté par MM. Falret père et Moreau (de Tours). « On voit assez souvent, dit le premier de ces auteurs, la manie remplacer la mélancolie et réciproquement; on voit également des états mélancoliques survenir dans le cours d'une agitation maniaque, et fréquemment de véritables accès de manie interrompre la marche de l'aliénation partielle. Cette transformation spontanée de l'aliénation partielle en aliénation générale, c'est-à-dire en forme plus curable, nous a de tout temps fait songer à une application thérapeutique; nous avons cherché, à l'aide des excitants cérébraux, à opérer une métamorphose du même genre, en vue d'obtenir la guérison. Malheureusement, dans l'immense majorité des cas, la folie naturelle reparait aussitôt après la disparition de la folie artificielle, de même que la raison revient chez l'homme sain d'esprit après le délire produit par des poisons ou des liqueurs enivrantes. »

En terminant, nous formons l'espoir, Messieurs, que cette question, qui a déjà été l'objet de quelques travaux en France et à l'étranger, excitera le zèle de nos médecins d'asile et motivera l'envoi de nombreux et importants mémoires que vous serez heureux de récompenser.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

Etude anthropologique sur les criminels.

M. BAJÉNOFF. — Les questions se rattachant à l'anthropologie des criminels sont décidément à l'ordre du jour. Un congrès spécial va se tenir prochainement à Turin; depuis quelques années, plusieurs anthropologues et aliénistes ont consacré des mémoires et des travaux d'ensemble à ce sujet; enfin, à l'heure qu'il est, les études de cet ordre de faits sont poussées jusque dans les détails les plus minutieux. C'est pourquoi une étude comparative des collections qui étaient à ma portée, étude faite à l'aide d'une méthode spéciale et tendant à déterminer des caractères généraux et typiques, me semblait être justifiée.

Le musée Broca, le musée Orfila et le musée du Jardin des plantes possèdent un nombre considérable de bustes en plâtre, de crânes de criminels et de personnages distingués. Les crânes ont déjà été étudiés par MM. Manouvrier, Orchansky, Jen Kate et Pwalowsky; je me suis cru autorisé de reprendre cette étude, envisageant les faits à un point de vue spécial. Les bustes n'ont pas encore été étudiés et c'est précisément cette partie de mon travail que je me propose d'exposer maintenant, en me réservant de publier ultérieurement la partie craniologique. Du reste, la méthode que j'ai suivie est la même dans mes recherches céphalométriques comme dans mes recherches craniométriques; les résultats sont parfaitement concordants. La grande majorité des bustes provient des collections Gall et Dumoutier. C'est dire que le moulage a été fait avec un soin parfait, car ces deux savants poursuivaient des buts phrénologiques et tenaient par conséquent à avoir une reproduction scrupuleusement exacte des têtes moulées. Presque tous les moulages sont pris sur nature, sont catalogués comme tel dans les catalogues manuscrits de Gall et Dumoutier. Ils en portent d'ailleurs des signes indiscutables, comme par exemple des cheveux restés collés, par-ci, par-là, sur l'emplacement des moustaches, des sourcils, etc. J'ai éliminé soigneusement tous les bustes qui n'ont pas été moulés sur nature ou dont la provenance me paraissait suspecte (malheureusement il y en a bon nombre qui ne portent que des indications insuffisantes ou qui n'en ont pas du tout — le catalogue ayant été perdu);

enfin quelques têtes déformées. Après ce triage, il me resta une collection de 55 bustes de criminels et de 49 personnages distingués, que j'ai pris à titre de comparaison comme j'ai pris un petit nombre (4) de bustes de néo-hébridaïes pour avoir encore un point de comparaison dans une race inférieure. Quand il s'agit de l'anthropologie des criminels, il surgit généralement un malentendu que je tiens à écarter ici. Je ne parle pas de tous les délinquants, je n'ai en vue que les assassins, et encore seulement les assassins suppliciés, par conséquent un groupe très restreint et nettement délimité.

Mon étude se divise en trois parties. La première purement anthropologique, je ne fais que la mentionner ici.

La seconde comprend l'étude de mes trois séries à l'aide du céphalomètre d'Anthelme. C'est un instrument précieux, quoique injustement oublié et délaissé : ce qui s'explique par son prix élevé et son maniement difficile. D'ailleurs, on ne pourrait pas le recommander aux anthropologistes voyageurs. Mais comme instrument de laboratoire il présente des avantages sérieux. Il est si peu connu, si peu répandu et presque pas employé que je me permets de reproduire ici le passage des « Instructions » de Broca qui le concerne : « Instrument d'une précision parfaite, composé d'un cercle [basilaire fixé par pression autour de la base du crâne, et d'un demi-cercle bi-auriculaire, mobile autour de l'axe bi-auriculaire à l'extrémité duquel un cadran gradué marque sa position. Un curseur, qui se meut sur le cercle bi-auriculaire, donne passage à la fiche exploratrice, qui est graduée et qui peut être appliquée sur tous les points de la surface de la tête, en restant toujours normale au demi-cercle, de sorte que si on la prolonge, elle aboutira toujours au centre du demi-cercle, c'est-à-dire à un point idéal, qui est le milieu de l'axe bi-auriculaire, et qui est l'*origine* du système. La fiche est graduée à rebours, on y lit la distance comprise entre sa pointe et l'origine, c'est-à-dire le rayon vecteur. L'angle de latitude se lit sur le cadran latéral, et l'angle de longitude sur la graduation du demi-cercle. Pour appliquer l'instrument, on fixe obliquement le cercle fixe ou basilaire autour de la tête, à l'aide de vis terminées par des pelotes concaves, qui viennent appuyer sur la racine du nez, sur les deux pommettes et sur l'occiput au-dessus de la nuque. Les deux

broches auriculaires, introduites dans les conduits auditifs, règlent l'exacte position du système. Lorsqu'on veut obtenir les points de la courbe médiane, on arrête le curseur sur le milieu du demi-cercle et en faisant mouvoir le demi-cercle autour de son axe, on amène successivement la fiche exploratrice sur tous les points de cette courbe. On relève les chiffres par écrit et on construit ensuite la courbe quand on veut. La méthode d'Anthelme présente au point de vue de l'exactitude, un avantage que ne donne aucun autre procédé céphalographique... Ce qui fait surtout la supériorité de la méthode d'Anthelme, c'est qu'elle permet *seule* d'obtenir avec sûreté le *dessin moyen d'une courbe* sur une série de têtes ou de crânes, en prenant pour chaque rayon sa *moyenne dans la série*. » (Broca, *Instructions générales pour les recherches à faire sur le vivant*. Paris, 1879, pp. 76-80.)

C'est précisément cette dernière circonstance, la possibilité de donner à l'aide de l'instrument d'Anthelme des courbes moyennes et par conséquent typiques, qui m'a décidé à entreprendre mon étude avec cette méthode. Les résultats de mon étude se réduisent à un nombre considérable de chiffres qui donnent en millimètres la longueur de chaque rayon de la courbe antéro-postérieure des têtes que j'ai étudiées, les rayons ont été pris de 5 en 5 degrés. J'ai calculé les moyennes, qui m'ont servi à construire les courbes typiques ci-jointes. Les rayons pointillés sont les rayons maximum de chacune de ces trois courbes superposées. Il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau pour s'apercevoir qu'il y a des différences saillantes entre les trois courbes. .

Ce qui saute aux yeux en premier, c'est la différence qui existe entre les parties antérieures (resp. frontales) des courbes : tous les rayons frontaux de la courbe des personnages distingués sont plus grands que les rayons correspondants de la courbe des assassins; viennent ensuite les néo-hébridais. Au delà de Bregmo (qui est environ à 60°), c'est l'inverse qui a lieu, et c'est la courbe des assassins qui débordé sur la courbe des hommes distingués. Enfin, le rayon maximum de la courbe des hommes distingués tombe sur les parties frontales de la courbe (35°), tandis que les rayons maximum des assassins et de la race inférieure tombent sur les parties postérieures (80° et 83°).

Anthropologiquement parlant, ces caractères de la prépondérance relative des parties postérieures des assassins qui les rapprochent des néo-hébridais, et le développement moindre des parties frontales, qui les distancie des hommes distingués — anthropologiquement parlant, dis-je, — ces caractères sont des caractères d'infériorité. Pour employer le langage de la clinique psychiatrique, la première courbe est la courbe d'hommes cérébro-antérieurs (personnages distingués), la seconde courbe, celle des assassins — c'est la courbe des cérébro-postérieurs. J'emprunte ces termes à mon excellent maître, M. Magnan, et ils sont trop éloquents et significatifs pour qu'il y ait lieu d'insister davantage. Je passe donc à la troisième partie de mon travail qui m'a servie à corroborer les résultats de l'étude céphalo-métrique.

J'ai étudié mes trois séries avec l'instrument d'Harmand. C'est une double équerre perfectionnée qui donne les mensurations suivantes : projection totale de la tête, projection faciale, projection antérieure, projection postérieure et angle facial.

Les résultats cadrent parfaitement avec les données de l'étude céphalométrique; j'ai trouvé que la projection antérieure est plus grande chez les hommes distingués que chez les assassins; chez ces derniers, plus grande que chez les néo-hébridais; pour la projection postérieure et faciale, c'est absolument l'inverse qui a lieu.

La projection postérieure est inférieure à 45 p. 100 de la projection totale (par conséquent la projection antérieure est supérieure à 55 p. 100 de la projection totale) :

Chez les hommes distingués . .	84 p. 100 de tous les cas
— les assassins	25 p. 100
— les néo-hébridais	0 p. 100

La projection faciale est supérieure à 40 p. 100 de la projection totale :

Chez les hommes distingués, dans	46 p. 100 de tous les cas
— les assassins	73 p. 100
— les néo-hébridais	400 p. 100

Pour ce qui est de l'angle facial, n'attachant pas une grande importance à la valeur de ce caractère, je me bornerai à mentionner seulement que je l'ai trouvé plus grand

chez les hommes distingués que chez les assassins, et plus grand chez ces derniers que chez les néo-hébridais.

Comme conclusion, qu'il me soit permis de dire que je n'ai nullement la prétention d'avancer que les courbes que je donne ont une valeur absolue, en ce sens que chaque homme distingué et chaque assassin doivent absolument avoir une courbe céphalométrique semblable à la courbe que je donne comme typique pour la série correspondante. Cela serait parfaitement erroné pour la série des hommes distingués, dans lesquels j'ai trouvé des têtes ayant des caractères d'infériorité; j'ai trouvé aussi dans la série des bustes d'assassins, un très petit nombre de têtes ayant des caractères de supériorité. Mais je crois que l'étude céphalométrique ayant été faite avec un instrument de précision parfaite, et les données ayant encore été corroborées avec l'étude de l'instrument Harmand, j'ai le droit d'avancer que les trois courbes que je donne sont bien des courbes *typiques*, par conséquent vraies comme règle générale.

Étude sur l'hypnotisme et sur les suggestions chez une aliénée.

M. AUGUSTE VOISIN. — Messieurs, Le travail que j'ai l'honneur de vous lire est fondé sur l'étude de l'hypnotisme chez une aliénée. Les recherches de Braid, de Liébault, d'Azam, de Mesnet, de Marc d'Espine, et de Durand (de Gros), sur le magnétisme et les faits tirés de la pratique hospitalière de mes collègues, MM. Charcot et Luys, m'avaient suggéré l'idée de tenter quelque chose dans ce sens sur les aliénées.

J'avais déjà essayé plusieurs fois sans succès, et mon interne, M. Gomet, avait aussi échoué sur deux malades.

Je savais encore que Bernheim avait déclaré que « les » aliénés, les mélancoliques et les hypocondriaques sont » souvent difficiles à endormir, que le sommeil est même » plus fréquemment impossible à obtenir, par suite de » l'absence de volonté de dormir et de la résistance aux » injonctions de l'endormeur. »

J'ai pourtant essayé de nouveau dans ces derniers temps et j'ai réussi.

J'ai pensé que cette communication serait de quelque intérêt pour la Société, en un moment où cette question et d'autres connexes sont à l'ordre du jour, et que les considérations thérapeutiques et médico-légales qui ressortent du fait suivant, pouvaient être soumises à votre appréciation.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — SERVICE DE M. LE DOCTEUR
AUGUSTE VOISIN.

OBSERVATION rédigée par M. Gomet, interne du service.

La nommée Jeanne X..., âgée de vingt-deux ans, cuisinière, est entrée le 28 février 1884.

Cette femme a été arrêtée pour abus de confiance et vols au préjudice de plusieurs épiciers du quartier de Passy. Elle leur demandait d'envoyer des marchandises à des adresses qu'elle donnait et, à plusieurs reprises, elle disait que, vu le cas pressant, on voulait bien lui remettre quelques-uns de ces objets, et c'était toujours de l'eau-de-vie, de l'absinthe ou de la charcuterie.

Elle a réussi auprès de certains marchands, mais d'autres firent immédiatement porter la commande à l'adresse indiquée où les concierges répondaient qu'aucun locataire n'avait fait de commande.

Un jour, l'un de ces marchands l'aperçut dans la rue et la fit conduire chez le commissaire de police. Au commissaire de police et au juge d'instruction elle a dit qu'elle était allée commander et chercher ces objets pour des Italiens qu'elle ne connaissait pas autrement, et dont elle ignorait les noms, et qu'elle disait avoir vus se promenant autour du Trocadéro.

Incarcérée à Saint-Lazare, elle ne s'est pas pliée à la discipline; la nuit elle était très agitée, descendait de son lit, se mettait debout, allait à la fenêtre et dérangeait ses voisines de dortoir qui ne pouvaient dormir. Chaque fois qu'on l'interrogeait, elle se mettait à rire.

M. Voisin a été commis pour l'examiner et l'a déclarée irresponsable. Une ordonnance de non-lieu fut prise par le juge d'instruction. Après être passée par Sainte-Anne, cette femme a été amenée dans le service de M. Voisin.

Cette malade est grande et forte. Elle paraît d'une intel-

ligence au-dessus de la moyenne. Elle est presque toujours pensive et sournoise.

Front bas ; pupilles égales ; pas d'ataxie de la langue ni des lèvres ; pas de tremblement des mains.

Voûte palatine bien faite ; ni goître ni pléiade ganglionnaire cervicale ; pas de troubles digestifs.

Elle dit ne pas savoir quand elle a eu ses règles.

4^{er} mars. — Depuis son entrée dans le service, elle manifeste de la mauvaise humeur, se plaint de la noyriture, dit qu'elle ne veut pas travailler ; mais, en la raisonnant, elle a aidé à faire le ménage.

Quand on lui fait une observation, elle reste la tête basse et prend un air rechigné.

Quand on lui dit qu'elle aime bien boire, elle répond qu'elle aime bien l'absinthe. Elle dit que son beau-frère et sa sœur sont contents qu'elle soit enfermée, mais « si je sors, ils paieront bien cher, je leur f... un coup de revolver ». Elle est assez calme mais profère, de temps en temps, des menaces contre les filles de service, la surveillante : « Si on me donne encore des pommes de terre sèches comme celles d'hier, je f... tout à travers les carreaux, les cochons n'en voudraient pas. »

Son langage est excessivement ordurier.

Traitement : Bromure de potassium : 3 grammes par jour. Bains.

3 mars. — Elle est un peu plus docile ; quand elle est inoccupée, elle prononce des paroles incohérentes, elle croit que le petit dortoir où elle couche est une église : « Je vois saint Jacob, le sacristain, allumer les camouilles ; je suis allée cette nuit au concert à Suresnes avec les quatre Italiens, nous avons bu de l'absinthe tout le temps ; nous étions tous saouls. »

4 mars. — Dans l'après-midi, la malade a été très excitée, elle voulait frapper toutes celles qui l'entouraient ; on l'a menacée de la camisole et elle s'est calmée.

Le soir, elle s'est mise à chanter, à jurer, « je veux voir les Italiens, mes maris, j'en ai quarante. »

5 mars. — Vers 5 heures, il a fallu quatre filles de service pour l'asseoir dans la baignoire. Là elle a perdu connaissance et s'est mise à souffler ; pas de secousses des membres. Cette petite attaque n'a duré qu'une minute.

9 mars. — X... a eu une attaque vers 6 heures du soir.

Violente céphalalgie du côté gauche, visage rouge de ce côté; elle a perdu connaissance pendant près de vingt minutes, ses yeux étaient fermés; elle a eu du tremblement dans tous ses membres; les dents claquaient fortement. Revenue à elle, elle disait qu'elle voyait du feu, qu'il fallait la laisser partir; elle a pleuré pendant vingt à vingt-cinq minutes, ensuite elle a été calme, se plaignant toujours de la tête.

La nuit a été bonne, elle a dormi jusqu'au matin.

44 mars.— Elle a écrit à M. Voisin une lettre dans laquelle elle dit qu'elle a dix maris italiens, et elle demande à aller les retrouver, n'étant pas malade.

43 mars. — Grande incohérence dans les paroles et dans les actes. Elle relève ses jupons, se montre nue à des ouvriers qui travaillent près de la cour où elle se promène.

40 avril. — Incohérence complète.

28 avril. — Pas de nouvelle attaque. On continue le bromure.

13 mai. — Menstruation; grande agitation (nuit d'orage).

31 mai. — Après un violent accès de rire nerveux, vers midi, sans cause connue, elle fut prise d'agitation violente, pendant laquelle elle parlait continuellement d'une façon grossière et elle gambadait.

M. Voisin est venu dans le service sans être attendu vers 3 heures après midi, il trouva X... camisolée, assise dans la salle de douches, le bonnet d'irrigation d'eau froide sur la tête. M. Voisin essaie de l'hypnotiser en lui faisant fixer des yeux le doigt placé au-dessus de son nez; mais à cause de la difficulté de lui faire regarder fixement un objet, M. Voisin n'obtient le sommeil qu'en la regardant de très près, à quelques centimètres de son visage et en suivant tous les mouvements de ses yeux. Au bout de dix minutes survint un strabisme convergent auquel succéda bientôt un sommeil stertoreux. Après cinq minutes de ronflement, elle se mit à causer beaucoup.

(M. Bardin, externe, a écrit textuellement ce qu'elle a dit.)

« Je vais travailler à Paris, pas chez mes parents, ils » sont trop canailles; les hommes que j'ai eus ont été mon » malheur, tous des voyous, mais pas les officiers; depuis » treize ans jusqu'à dix-sept ans, j'ai été bien heureuse; j'ai » été dans une maison de correction, j'ai été dans un hospice;

» j'ai été à Saverne. C'était mon malheur les hommes, les
» officiers, si j'avais toujours écouté ma famille, mais j'ai
» toujours voulu faire à ma tête (elle parle allemand); si je
» suis guérie, jamais je ne me remettrai pas avec un homme;
» j'ai eu du bonheur, mais ça ne durait pas toujours. Je
» suis venue à Paris pour être plus heureuse, et je me mets
» avec des Italiens; ça été mon malheur, si j'avais pas
» écouté les mauvais conseils.

» M. Voisin, M. Gomet, M. Bardin, M. Baudouin et encore
» un autre qu'a du rouge.

» Mes parents m'ont toujours donné de bons conseils, je
» ne veux plus écouter que les bons conseils, je suis per-
» due si j'écoute les mauvais, mais malheureusement en
» ville on ne donne pas de bons conseils.

» A Strasbourg, j'ai cherché mon malheur; à Paris, si ce
» n'étaient pas les cuisinières, je n'aurais pas eu les Italiens.
» je ne les aime pas assez. Si j'ai toujours de bons conseils
» à côté de moi, ça ira toujours bien. Si j'avais écouté mes
» parents, j'avais pas rencontré les officiers, j'aurais pas
» mon malheur. Jamais que je rentre chez mes parents.

» Si je suis guérie, je me mettrai à travailler.

» M. Voisin, il m'a retiré de prison; un bon médecin, un
» bon docteur (elle parle allemand).

» Seulement ma liberté, c'est encore loin, je vivrai pas
» longtemps, je donne cinq ans, six ans.

» Jamais je veux voir mes parents; je me mettrai à tra-
» vailler. Si j'avais écouté les bons conseils, si j'avais pas
» eu les officiers, mais j'étais déjà perdue, j'étais perdue,
» les hommes, c'est mon malheur (elle parle allemand). Si
» j'avais encore une personne qui me conduise, mais per-
» sonne. Je suis pour guérir.

» Jamais je ne veux voir mes parents, jamais ni père, ni
» mère, ni frère, ni sœur. Je reste à Paris pour cacher ce
» que j'ai fait. Metz ou Paris, ou encore Nancy, c'est mes
» trois villes de mon confiance; j'ai été malheureuse à
» cause parce que j'ai pas écouté les conseils de mes pa-
» rents (gros soupir).

» Si je vais encore en Alsace, c'est mon malheur; je vais
» pas chez mes parents parce que je ferais un malheur, je
» me venge sur eux (langage allemand.)

» Pour mon bonheur que je suis venue où je suis, mais
» jamais que je mets les pieds en Alsace. Si j'avais pas

» écouté les mauvais conseils, étant petite fille ; j'aimais
 » pas mes parents à cause de ma tante qui m'a donné des
 » mauvais conseils depuis l'âge de six ou sept ans.

» Si je suis dehors, c'est encore mon malheur, parce
 » que je suis trop faible ; j'aurai des mauvais conseils ; c'est
 » rare à Paris d'avoir de bons conseils.

» A Nancy, je suis restée avec deux jeunes hommes ; j'ai
 » dépensé 200 francs, et après, le jeune homme m'a laissée
 » quand j'ai eu tout dépensé ; j'ai même été obligée de payer
 » ma chambre. Je suis venue à Paris, j'ai rencontré des
 » Italiens, ça été encore mon malheur, pourtant je suis pas
 » fainéante, une bonne ouvrière ; puis jamais regardée, tou-
 » jours repoussée.

» Mais avec confiance en Dieu, ça changera. Si j'avais
 » toujours travaillé, quel bonheur pour moi, ouvrière
 » comme je suis. M. Voisin, un bon docteur. M. Gomet ne
 » demeure pas très loin d'ici, mais c'est jamais ni Voisin,
 » c'est toujours M. Gomet. M. Baudoin, très bonne tête pour
 » apprendre. M. Bardin, trois, quatre enfants ; il est bien
 » heureux, seulement il fait des niches à sa femme.
 » Mme Remy, une honnête femme qui m'estime, M. Remy
 » un honnête homme. »

Ronflements sonores.

« Je crois que je vais changer ma vie, je crois que je vais
 » être plus honnête ; mon malheur, c'est toujours les mau-
 » vais conseils, les hommes et boire. »

Ronflements sonores — soupirs.

« Je sais que je serai guérie pour les cinq ou six ans que
 » je suis encore sur la terre. »

Elle est calme. Ne dit rien pendant un court intervalle.
 Soupirs profonds. Les intervalles de calme sont de plus en
 plus grands.

« M. Voisin, le docteur, m'a retirée dans le malheur que
 » j'étais, car je crois que j'ai eu du bonheur de venir dans
 » la maison où je suis. J'ai voyagé dans tant de villes et
 » villages d'Alsace, et surtout en Prusse, pour mon mal-
 » heur, parce que j'étais trop jeune, et toujours les
 » hommes. »

Elle a l'air de vouloir s'éveiller puis se remet à ronfler de
 plus belle.

« Si j'avais pas Mme Remy, il y a longtemps que je me
 » serais tuée ; j'étais si heureuse, et maintenant enfermée ;

» personne ne sait le chagrin que je porte sur mon cœur.

» Mme Remy, mon seul conseil, et M. Voisin, c'est ça
» qui me console encore. »

Elle parle moins vite et plus bas.

Elle a l'air de s'éveiller, se tourne et se frotte la tête contre le mur, s'étire les membres, gémit et se met à pleurer. Ouvre un peu les yeux, se démène sur sa chaise.

» Mme Aloncle, une bonne personne, très vive, mais
» très bonne. »

Elle continue à dormir.

Les pages ci-dessus ont été recueillies par M. Bardin, externe du service, pendant ce long bavardage. La surveillante n'a pu saisir le moment où la malade est sortie de cet état d'hypnotisme pour retomber dans le délire.

La nuit a été encore agitée.

4^{or} juin. — L'agitation n'a pas cessé. M. Voisin veut l'hypnotiser, elle se débat, lui crache au visage, ce n'est qu'avec beaucoup de difficultés qu'il y arrive.

Le sommeil a été profond; il a duré vingt-cinq minutes.

Dans l'après-midi, et toute la journée du lendemain elle a été plus calme.

3 juin. — Elle est calme, mais incohérente dans son langage. M. Voisin veut l'hypnotiser; elle résiste, se débat, lui crache au visage; la grande difficulté est de lui faire fixer un objet. M. Voisin est obligé de lui tenir les paupières entr'ouvertes et de suivre ses yeux; après sept ou huit minutes, elle se débat, devient somnolente, prononce quelques mots « M. Voisin, Mme Aloncle, » puis s'endort. Elle est assise sur une chaise, la tête renversée en arrière et appuyée sur un lit, les mains pendantes se cyanosent, les membres sont dans la résolution absolue, l'anesthésie est complète; une grosse épingle enfoncée dans la peau n'est nullement sentie. C'est à partir de cette séance que nous l'avons interrogée et qu'elle nous a donné, sur sa vie, des détails qu'elle nous avait cachés jusqu'alors.

Les séances d'hypnotisme ont été répétées tous les jours ou tous les deux jours. Certains jours, la malade résistait tellement que, malgré la plus grande patience (M. Voisin et moi sommes restés souvent deux à trois heures sans pouvoir l'endormir), on n'obtenait aucun résultat; elle avait, disait-elle, fait sa prière au diable qui ne la laissait
as dormir. Jusqu'à présent nous n'avons cherché ch

elle que l'état d'hypnotisme, nous ne savons pas si on peut produire les autres états : Catalepsie, somnambulisme, hallucinations suggérées. Pendant son sommeil, elle répond avec la plus grande netteté à toutes les questions qu'on lui fait; cependant il y a quelques détails qu'elle n'a pas encore voulu donner, tels que le nom du village où elle habitait avec ses parents.

4 juin. — M. Voisin l'hypnotise au bain en trois minutes et lui dit tout bas à l'oreille : « Quand vous serez réveillée, vous irez trouver Mme Remy (sous-surveillante) et vous compterez jusqu'à 40. » Aussitôt réveillée, elle demande à sortir du bain disant que le Saint-Esprit lui avait commandé d'aller trouver Mme Remy et de compter jusqu'à 40, ce qu'elle fit à l'instant.

5 juin. — En dix minutes, M. Voisin l'hypnotise, il était dix heures et demie; il lui dit de se réveiller à onze heures et demie précises, puis de venir à trois heures et demie à son dortoir, voler une petite fiole de vin qu'elle trouvera au-dessus de l'armoire. A onze heures et demie sonnant, elle se réveille, elle refuse de s'asseoir pour déjeuner, mange en marchant, semble troublée. Elle se promène dans le jardin, puis à trois heures et demie, elle vient au dortoir où il n'y avait personne. Elle appelle la sous-surveillante et lui dit que le Saint-Esprit lui avait conseillé de voler la fiole de vin placée au-dessus de l'armoire. « Je ne veux plus écouter les mauvais conseils; si le Saint-Esprit m'avait seulement dit de la boire, devant vous, je l'aurais fait, mais je ne veux pas la voler. »

6 juin. — M. Voisin l'hypnotise et lui dit d'aller à dix heures cinquante minutes prendre la fiole cachée au-dessus de l'armoire et de la boire en présence de la sous-surveillante. A l'heure indiquée, elle s'est réveillée, est venue prendre la fiole de vin et l'a bue en disant à Mme Remy : « Si je l'ai prise et si je la bois, c'est parce que vous êtes là et que le Saint-Esprit veut que je la boive, mais goûtez-y auparavant afin que je sois sûre qu'il ne m'empoisonnera pas. »

10 juin. — On l'hypnotise au bout d'une demi-heure. Elle se réveille exactement à l'heure que je lui ai précisée, la pendule sonne et X... saute en bas de son lit sans s'étirer, ni se frotter les yeux; comme elle le ferait au sortir d'un sommeil ordinaire.

11 juin. — C'est pendant le sommeil de ce jour que M. Voisin l'a interrogée sur sa vie passée et qu'elle a répondu par le récit suivant :

Histoire de X... racontée par elle-même en état de sommeil hypnotique ;

« Jusqu'à treize ans, j'ai vécu chez mes parents qui habitaient un petit village près de S... (elle n'a jamais voulu dire le nom du village), elle l'a dit un autre jour, E...

» J'allais à l'école ; aux vacances de l'année 1873, mon père nous envoya ma sœur et moi passer les vacances chez mon oncle à S...

» Un dimanche, j'étais allée au bal dans la banlieue de S..., et le soir je ne trouvai plus mon chemin pour revenir à la maison de mon oncle, je fus accostée par deux officiers prussiens (1) qui m'ont emmenée chez eux ; j'ai eu des relations avec tous les deux ; pendant quinze jours je suis restée dans leur chambre, je sortais peu. Après ce temps, ils m'ont fait apporter un vêtement de sous-officier prussien, je me suis fait couper les cheveux et friser ; j'avais une petite moustache blonde et je sortais le soir avec mes amants pour aller au café et à la pension L... ; j'ai fait avec eux des promenades à cheval, trois fois j'ai passé avec eux devant la maison de mes parents ; mon père, ma mère, mes sœurs étaient sur la porte, personne ne m'a reconnue. Tous les soirs j'allais faire une partie de billard avec eux ; il n'y avait que quelques amis, le maître de pension, le coiffeur, la femme de chambre et les deux ordonnances qui savaient que j'étais une femme. J'ai vécu dans ces conditions jusqu'à dix-sept ans. Mes parents m'ont fait chercher par la police, elle ne m'a pas trouvée ; ils me croyaient morte. C'est un des amis de mes officiers qui nous a fait prendre.

» Un soir, nous faisons une partie de billard au café, quand est venu un sous-officier qui me connaissait ; il était un peu saoul et m'a dit : « Bonjour, Jeanne ». Un agent de la police secrète l'entendit, et en informa le parquet. Aussitôt les deux officiers et moi nous avons été arrêtés (2).

(1) C'étaient des sous-officiers prussiens.

(2) Tous ces faits m'ont été déclarés exacts par sa sœur, et la condamnation des sous-officiers est précisément celle qu'elle dit.

» On instruisit l'affaire et je n'ai dénoncé personne ; jamais je n'ai voulu dire avec lequel des officiers j'ai fait l'amour pour la première fois ; c'est la femme de chambre qui a dit que le maître d'hôtel, le coiffeur et le cafetier savaient que j'étais femme. Ils ont tous été condamnés, les deux officiers à trois ans de prison ; les deux ordonnances à un an ; la femme de chambre à deux ans ; les autres à huit mois. J'ai été enfermée dans une maison de correction à Z..., où je devais rester jusqu'à vingt et un ans. Comme je me conduisais bien, que je travaillais chez le directeur qui couchait avec moi (1), j'ai été mise en liberté à dix-neuf ans.

» Je suis allée à B... où j'ai fait connaissance d'un vieux pensionnaire, dont j'ai été la maîtresse pendant deux mois (2). J'ai ouvert une lettre écrite au vieux, et j'ai su que mes parents me faisaient rechercher par la police, alors j'ai profité de l'absence du vieux pour prendre 3.000 francs que j'ai trouvés dans un tiroir avec des bijoux que j'ai vendus 4.200 francs, et je suis partie pour M... Là, j'ai vécu pendant deux mois avec Y..., un employé du chemin de fer. Ne me plaisant pas à M..., où j'ai dépensé la moitié de mon argent, je suis venue à N..., j'ai habité avec un individu nommé R..., nous sommes venus à Paris ; j'ai descendu pour une nuit rue Richelieu, nous avons fait des promenades en voiture et je suis retournée à N... Trois semaines après, je suis revenue à Paris chez ma sœur qui est cuisinière rue Sainte-Anne. Elle m'a trouvé une place dans la même rue où je suis restée trois mois. De là, j'ai été placée à Auteuil chez un individu, qui doit être mort depuis deux ou trois mois ; j'étais sa maîtresse ; j'y suis restée dix-huit mois..

» Je suis allée ensuite rue Villejuif, 12, près l'arc de Triomphe, dans une pension bourgeoise ; je n'y suis restée qu'un mois. J'ai volé 600 francs et j'ai été condamnée à un mois de prison (3).

» C'est quand je suis sortie que j'ai rencontrée les Italiens. Dans la journée, j'allais voler pour eux (le récit de ces

(1) Le fait est vrai.

(2) La sœur de la malade m'a confirmé le fait.

(3) Le fait est exact. Il est relaté dans son casier judiciaire.

vols est relaté dans le récit qu'elle nous a fait le 10 juin) : je portais les objets volés aux Italiens qui m'attendaient au Trocadéro ; jamais je n'ai volé pour moi, ils me donnaient à boire de l'absinthe et je ne savais plus guère ce que je faisais.

» Voici où j'ai volé du vin de Malaga, du rhum, de l'absinthe, de la charcuterie, c'est dans la grande rue de Passy, aux n^{os} 3, 6, 13, 16 (1).

» Les Italiens habitaient rue de Grenelle, je ne veux pas dire le numéro, parce que je ne veux pas qu'ils soient dans le malheur ; ils ont déménagé, ils ne doivent plus être là maintenant. Le soir, je couchais avec un ouvrier qui demeure rue de la Pompe, à Passy, en face de la mairie. Le matin, il allait à son travail et moi j'allais trouver les Italiens, j'avais déposé ma malle chez eux, ils me l'ont dévalisée ; je l'ai fait chercher par un cantonnier, qui demeure 44, rue de Longchamps, M. B... (2). Je l'avais connu avec les Italiens chez un marchand de vins. »

» C'est un épicier qui m'a fait arrêter dans la rue. Elle nous raconte son arrestation, son séjour au poste, son transport et son séjour à Saint-Lazare, où elle a fait connaissance de Louise Michel, qu'elle nous a dépeinte d'une façon très précise. »

Elle décrit en détails exacts sa descente de la voiture des prisonnières dans la cour intérieure de Saint-Lazare. Elle raconte avoir vu M. Voisin dans le cabinet du Directeur à Saint-Lazare. Elle nous dépeint le directeur qui a assisté à l'interrogatoire ; elle rappelle qu'une employée est venue ouvrir le tiroir d'un grand meuble et y déposer un objet, et que la sœur Adélaïde était là (tout cela est très exact).

12 juin. — Il est impossible de l'hypnotiser, elle crie, s'agite, se débat continuellement et jure qu'on ne l'endormira pas.

13 juin. — Le sommeil est assez facilement obtenu, nous ordonnons de dormir pendant 24 heures.

14 juin. — Elle ne s'est réveillée qu'à l'heure dite.

(1) Les faits sont exacts, ils sont consignés dans l'instruction judiciaire.

(2) Le fait est exact ; le témoignage du cantonnier est consigné dans l'instruction judiciaire.

16 juin. — Ce n'est qu'au bout de trois heures que nous avons pu l'endormir. Ses règles sont venues ce matin; elle est très agitée. Son sommeil a été moins calme que d'ordinaire; dans l'après-midi, elle s'est mise à causer : « Mon Dieu, que c'est ennuyeux de voguer continuellement sur la mer, je voudrais me réveiller, mais je ne peux pas. »

Nous lui avons ordonné de dormir jusqu'au lendemain 9 h. 4/2.

17 juin. — Le matin à 9 h. 25 m., nous voulons la faire lever, elle ne veut pas se réveiller et nous répond qu'il n'est que 9 h. 25 et non pas 9 h. 4/2.

Elle ne peut pas voir la pendule, mais elle peut entendre les heures, demie et quart sonner.

Cinq minutes après, elle descend de son lit et sort de la salle.

26 juin. — Elle parle seule, dit qu'elle ne veut pas être empoisonnée; je n'aime personne, je ne veux pas être emb... Elle est très incohérente et grossière.

A 4 heures du soir, M. Voisin l'endort facilement en cinq minutes. Analgésie et collapsus absolus.

M. Voisin lui dit de se réveiller demain à 9 h. 1/4 matin, et de manger ce qu'elle trouvera à cette heure sur la table de nuit, de laver le petit parloir à 4 heures après-midi, et de lui écrire à 2 heures une lettre sur une feuille de papier qu'elle trouvera dans le tiroir de la table avec une enveloppe, et de laisser la lettre cachetée dans le tiroir.

M. Voisin ajoute qu'il veut non seulement la guérir de sa maladie nerveuse, mais encore la rendre honnête comme ses sœurs, et que demain à 2 heures elle lui écrira la promesse formelle de bien se conduire dorénavant, et qu'elle renfermera son engagement dans une enveloppe, la cachètera, écrira son nom sur l'enveloppe, et la laissera dans le tiroir. Elle répond à M. Voisin d'un ton doux :

« Oui, monsieur Voisin, je le ferai. »

Dans le début du sommeil elle a quelques soubresauts, elle se lève un moment sur son séant, puis retombe sur son lit.

Le sommeil est entrecoupé par de rares ronflements et soupirs.

27 juin. — Elle se réveille à 9 heures 17, il n'y a pas de sonnerie de quart dans la salle, mais il y a la sonnerie à

l'église. Aussitôt réveillée, elle se lève, va au cabinet. Elle dit à la fille de service qu'elle voudrait être raisonnable comme M^{me} Aloncle.

Elle prend son déjeuner servi sur la table de nuit; elle s'excite, parle haut à tort et à travers, rit; elle va se mettre les jambes dans un baquet plein d'eau.

A 4 heure, elle est allée laver le petit parloir, à 2 heures elle a ouvert le tiroir de la table, y a pris la feuille de papier à lettres, a écrit à M. Voisin une page, puis elle a mis la lettre dans l'enveloppe, a écrit le nom de M. Voisin sur l'enveloppe, et, après l'avoir cachetée, elle a laissé la lettre dans le tiroir.

28 juin. — M. Voisin a trouvé la lettre dans le tiroir, elle contient la promesse de se conduire honnêtement comme ses sœurs, et de bien les accueillir.

29 juin. — Sa sœur contre laquelle elle avait proféré des injures et des menaces vient la voir. Elle l'a bien reçue, elle a pris la tenue d'une repentante, a versé des pleurs, a dit à sa sœur qu'elle se conduirait mieux, qu'elle veut être honnête. Elle lui demande de voir ses autres parents.

30 juin. — Sa tenue dans le service est notablement meilleure. Elle ne tient plus de langage ordurier; depuis une semaine, elle est serviable.

Depuis le 30 juin, M. Voisin a cherché, sans résultat, à lui donner la catalepsie et à lui suggérer des hallucinations diverses. Il a pu la faire se lever pendant le sommeil hypnotique, manger, boire, se rendre à tel ou tel endroit indiqué.

Il n'a pu la faire voler pendant le sommeil hypnotique; une fois il lui a dit d'aller prendre une pièce de 2 fr. tombée sous un banc, elle s'y est rendue, elle s'est assise sur le banc, mais elle est revenue sans ramasser la pièce, disant qu'elle avait obéi en allant au banc, mais qu'elle ne voulait pas voler.

En résumé :

4° Le sommeil hypnotique a été obtenu par mon interne et par moi de plusieurs façons : par la fixation du regard de la malade sur nos yeux, ou sur notre indicateur tenu près de la base du nez, ou par l'apposition de la main sur les paupières closes, ou par l'effet de la lumière de la lampe du magnésium sur les yeux, qu'il faut avoir soin de tenir ouverts.

Il a été nécessaire quelquefois de suivre pendant longtemps les yeux fuyants de ma malade. Des pratiques répétées, tous les deux à trois jours, facilitent beaucoup la production du sommeil.

2° Chaque sommeil hypnotique a été précédé de sensations d'étourdissements, de lourdeur des paupières et de nausées.

3° A plusieurs reprises, cette période initiale a été accompagnée de frissonnements, de tremblement, que les malades disent intérieurs, mais ces phénomènes ne se sont produits que lorsque le sommeil était long à obtenir.

J'ai constaté encore quelquefois, dans la période initiale prolongée plus que de coutume, de l'agitation caractérisée par des paroles incohérentes, injurieuses, par des personnalités grossières et indécentes. Cet état m'a paru très analogue à l'excitation et au bavardage qui précèdent parfois le sommeil chloroformique.

4° Le sommeil hypnotique obtenu est excessivement calme. L'anesthésie, le collapsus sont complets. La malade dort tout habillée pendant vingt-deux à vingt-trois heures. Elle se remue, se retourne dans le lit, elle parle de temps en temps sans qu'on la provoque; elle prononce les noms des personnes du service qu'elle entend parler.

Son réveil ne ressemble pas au réveil d'une personne qui sort de son sommeil naturel; c'est ainsi qu'elle se met subitement sur son séant, qu'elle ne s'étire pas, qu'elle ne bâille pas et qu'elle saute de son lit pour sortir de la salle. La physionomie n'est pas fatiguée. Pendant les premiers jours, cette femme a repris, au bout de cinq à dix minutes après son réveil, son attitude habituelle.

5° Il m'a été possible de lui suggérer pendant chaque sommeil des actes divers à accomplir dès le réveil, ou un certain nombre d'heures et de jours après.

Il lui a été suggéré ainsi de prendre à telle heure un flacon de vin caché qui lui était destiné, de compter jusqu'à dix devant une employée, de porter un objet à une camarade, d'écrire une lettre, de laver un parloir. Je suis arrivé aussi à lui suggérer l'idée d'être aimable et affectueuse pour une de ses sœurs, pour laquelle elle avait maintes et maintes fois manifesté une animosité et une aversion des plus vives, accompagnées de menaces; et le résultat a été obtenu.

Je lui ai dit de se comporter dorénavant en honnête femme comme ses sœurs et de me le promettre par lettre. Elle l'a fait, et dans une visite récente d'une de ses sœurs, elle s'est montrée repentante et affectueuse.

Sa tenue actuelle dans le service s'est bien améliorée. On ne pouvait obtenir qu'elle s'occupât à coudre comme les malades tranquilles. — Je lui en suggère l'idée chaque jour, pendant son sommeil, que je ne laisse pas durer plus d'une heure, et maintenant, elle coud tous les jours pendant deux heures. Je lui suggère l'idée d'apprendre des chapitres d'un livre de morale et de me les réciter devant les élèves qui suivent mon cours. Elle le fait, et elle en récite avec précision deux à trois pages. (Il est à noter qu'étant éveillée, elle se refuse à toutes mes demandes, et qu'étant endormie, quelques instants après, elle promet de m'obéir, et qu'elle obéit, une fois éveillée, à la suggestion.)

6° J'ai recommandé à cette malade, pendant chaque sommeil, de ne se réveiller qu'à une heure donnée; elle l'a fait malgré quelques protestations, surtout dans les premières séances; je ne trouve plus actuellement que très peu de résistance. Son réveil coïncide avec l'heure sonnante ou bien avec l'heure et quelques minutes lorsque je le lui ai dit.

J'ai répété ces épreuves de différentes manières.

7° J'avais pensé que ce sommeil, imposé fréquemment à des aliénées, pourrait amener chez elles des habitudes de calme; cette observation paraît confirmer cette supposition; en effet, l'agitation de cette malade s'apaise progressivement, et son désordre d'actes et de paroles a diminué dans une notable proportion.

8° Le contraste qui existait, dans le principe, entre l'incohérence des actes et des paroles de cette femme, pendant qu'elle est éveillée, et la bienséance et le caractère raisonnable de ses réponses, pendant son sommeil, m'a paru, en outre, être un sujet intéressant de méditations.

Il y a lieu, de plus, d'être frappé d'une part, par l'impossibilité d'obtenir d'elle des renseignements sur son lieu d'origine, sur ses parents, sur sa vie antérieure, lorsqu'elle est éveillée et, d'autre part, par la facilité avec laquelle j'obtiens, pendant le sommeil hypnotique, les détails les plus minutieux sur sa vie.

Elle me fait alors un récit des plus circonstanciés de son existence antérieure, depuis son enfance, même de ses nombreux actes délictueux, de ses condamnations ; elle m'a dit les faits qui ont amené son arrestation, les objets qu'elle volait, les numéros des boutiques de marchands auxquels elle s'adressait ; le poste de police où elle a été conduite, les noms des individus qui étaient ses complices et leur demeure ; le nom de la demeure de son amant, etc.

9° N'y a-t-il pas matière à réflexions dans le fait qu'elle regrette, sans admonestation de ma part, sa vie passée, ses égarements et ses entraînements avec les hommes, lorsqu'elle est plongée dans le sommeil hypnotique, tandis qu'à l'état de veille, elle ne parle que de rejoindre ses Italiens, que de s'amuser et de boire, etc.?

Le sentiment du bien et de l'honnêteté reprend le dessus pendant le sommeil, on peut dire que la malade est mise en condition seconde.

40° Je me demande s'il n'est pas possible de tirer parti des suggestions que l'on peut donner à cette variété de malades hypnotisables pour amener du calme, pour diminuer l'excitation psychosensorielle et pour donner à la pensée une direction morale et intellectuelle déterminée. Je continuerai cet ordre de recherches et j'en communiquerai les résultats à la Société.

Inauguration de la statue de Pinel.

A propos d'une lettre de M. Ludovic Durand, une discussion s'engage sur l'inauguration de la statue de Pinel. Une nouvelle liste de souscription circule en séance et est couverte ; la question est renvoyée à la commission nommée au sujet de la statue. La commission propose l'ajournement de l'inauguration au mois de novembre prochain. Cette proposition est adoptée.

La séance est levée à 6 heures.

CHARPENTIER

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

Le « Mental Science »

Année 1884 (suite et fin).

Analyse par MM. les D^{rs} DUMESNIL et PONS.

17^e Adresse présidentielle prononcée à la réunion annuelle de l'Association psychologique, tenue à l'« University College », le 2 août 1881 ; par le D^r D. Hack Tuke.

Ce discours, aussi remarquable par sa forme élégante que par l'intérêt des détails, est une excellente page d'histoire. L'orateur s'est proposé de retracer l'existence des aliénés depuis 1841, et de suivre, à partir de cette époque, les progrès de la science mentale.

En 1844, la circulaire du D^r Hitch, de Gloucester, conduisit à la formation de la Société médico-psychologique de Londres, la première corporation de ce genre qui ait été créée. Celle de France est venue peu après.

L'association des directeurs d'asile en Amérique s'est formée en 1844. Enfin, l'Allemagne n'a eu la sienne que beaucoup plus tard, en 1864.

Les *Annales médico-psychologiques*, publiées en 1843, sont le premier journal de médecine mentale qui ait paru. En Angleterre, le journal du D^r Winslow a été publié en 1848, et le *Mental science* en 1853. Les Allemands et les Américains ont eu leur journal de médecine mentale en 1844, un an après les *Annales médico-psychologiques*. Ces dates sont d'une grande importance, parce qu'elles marquent, suivant l'heureuse expression de M. Tuke, une véritable renaissance pour le traitement humain des aliénés. Deux hommes illustres ont attaché leur nom à cette œuvre grandiose : le D^r Conolly et lord Shaftesbury. A l'époque où se forma l'association médico-psychologique, les aliénés d'Angleterre et du pays de Galles étaient régis par la loi de 1828, qui avait substitué aux cinq

membres du collège des médecins, chargés du contrôle de ce service, quinze inspecteurs métropolitains de l'aliénation mentale. On peut se faire une idée de l'assistance des aliénés en 1814 en jetant les yeux sur le rapport de ces fonctionnaires. Ce document, qui n'a qu'une page et demie, ne concerne que 2,490 malades, répartis dans 33 asiles. La loi de 1842 constitue un progrès sérieux. Elle arrête que les maisons de santé de la province seront visitées par les inspecteurs de la métropole. Mais la législation des aliénés qui est intimement liée, en Angleterre, à l'amélioration de leur sort, a demandé plusieurs années pour se compléter et produire tout le bien désirable. Le rapport des inspecteurs, en 1844, a eu pour résultat la promulgation de la loi de 1845. Plus tard ont été rendus les décrets additionnels (1852, 1863) qui complétèrent l'ensemble des dispositions légales qui ont régi les aliénés jusqu'à ces derniers temps. Elles ont exercé une influence heureuse sur l'extension de l'assistance de ces malheureux. D'après le rapport de 1844, la population des aliénés traités dans l'Angleterre et le pays de Galles était de 11,272; en 1881, elle est de 55,000. Il y avait à cette époque 15 asiles de comté, il y en a aujourd'hui 54, contenant 40,000 malades. Le nombre total des asiles était en 1884 de 158, il est de 175 actuellement.

En Ecosse, l'amélioration du sort des aliénés n'a été sensible qu'en 1855. Dès l'année 1814, lord Ashley avait recommandé à la bienveillance de la Reine le rapport des inspecteurs qui réclamaient, en termes pressants, des réformes urgentes. Ce n'est que onze ans après, que la nomination d'une commission royale conduisit à la création d'un corps d'inspecteurs. L'Irlande a dû, à son tour, à cette institution utile, la réforme de ce service. M. Tuke constate les services rendus par les inspecteurs de l'aliénation mentale, et saisit cette occasion de proclamer les noms de deux médecins, membres de cette utile corporation : les docteurs Pritchard et Gaskell. Le premier est bien connu par ses écrits sur la folie morale; le second, réformateur de l'asile de Lancaster, a été l'un des promoteurs du traitement pédagogique de l'idiotie, etc.

Le nouveau président s'occupe ensuite de la construction et de l'administration des asiles d'aliénés. Il cite les travaux classiques de Kirkbride, Jacobi, Conolly, Parchappe, et rappelle le magnifique mouvement auquel ils ont donné lieu en Europe et en Amérique. Au point de vue économique, la séparation des curables et des incurables s'impose et peut, dans certains cas,

dans les districts ruraux, par exemple, être pratiqué sans inconvénient. Le principe de cette séparation a été admis par le « Hardy's act » qui a autorisé la construction d'asiles spéciaux pour les incurables. Ce système a donné des résultats satisfaisants dans la métropole, et plus tard à Ramstead (Middlesex).

Il faut lire dans ce brillant discours les phrases éloquentes que l'orateur consacre aux directeurs et aux progrès marqués, depuis quarante ans, dans le caractère et la tenue du personnel des asiles. Il traite ensuite longuement la question scientifique, et mesure les progrès accomplis depuis 1844 par la médecine psychologique. Il constate tout d'abord que la classification d'Esquirol, malgré les attaques auxquelles elle a été en butte de la part d'Arthur Bell, Schroeder van der Kolk, Morel, Skae, reste encore debout comme une citadelle inexpugnable, à cause de son utilité pratique. Toutefois, la nomenclature somato-étiologique a une sérieuse valeur, car elle correspond à la méthode de classification, la seule désirable dans l'avenir, la méthode naturelle.

La nature de la folie préoccupe le monde scientifique depuis de longues années. Dès 1840, Laycock exposait sa doctrine de l'action réflexe du cerveau, que devait reprendre plus tard, en la développant, le professeur Carpenter. En 1854, le Dr Henry Monro considère l'aliénation mentale comme résultant d'un défaut d'équilibre entre les divers centres de l'hémisphère. Ses idées ont été adoptées, à une date plus récente, par M. Hurlers-Jackson. Celui-ci leur appliquant la théorie de Spencer, fait dépendre la folie d'une dissolution ou réversion des centres nerveux. Cette dissolution peut être partielle ou générale. L'orateur ajoute quelques mots sur les localisations cérébrales, et mentionne les remarquables travaux auxquels a donné lieu cette question, toute d'actualité. Cette période de quarante ans a vu la consécration d'une grande vérité scientifique : la solidarité entre le cerveau et la pensée, la nature somatique de la folie. Maudsley, Spencer, Bain, Parchappe, Lélut, Buknill, Charcot, etc., toute une pléiade de savants, ont contribué par leurs travaux à la faire accepter au monde scientifique. La micrographie cérébrale, l'anatomie pathologique ont poussé très loin leurs investigations sous l'impulsion des Parchappe, des Tuke, des Westphal, des Herbert Major, des Voisin, des Mickle, des Luys et tant d'autres, mais il faut avouer que ces deux sciences n'ont pas encore donné les résultats qu'on doit en attendre.

L'efficacité des moyens thérapeutiques dans le traitement de l'aliénation mentale est contestée par beaucoup de médecins. Depuis quarante ans, où le traitement de la folie se résumait dans les émissions sanguines et l'emploi de quelques spoliatifs, l'officine des asiles s'est garnie d'un grand nombre de médicaments qui ont eu chacun leurs partisans. Il faut bien convenir que le traitement le plus efficace est celui qui repose sur une bonne hygiène, le travail et une direction intelligente. A la question suivante : Y a-t-il aujourd'hui plus d'aliénés guéris qu'en 1844 ? il est difficile de répondre positivement, à cause de l'insuffisance des statistiques. Si l'on s'en rapporte néanmoins à celles de l'asile de Siegburg, qui ne contiennent pas de lacune, on voit que la moyenne des guérisons, pendant une période de 25 ans finissant à l'année 1877, a été de 46 0/0, tandis qu'elle avait été de 42 0/0 pendant les 25 années qui ont précédé. La différence entre les deux périodes n'a donc été que de 4 0/0. L'asile de Siegburg, actuellement fermé, ne recevait que des cas curables, et dès lors cette statistique a une valeur véritable. Actuellement, la proportion des guérisons dans les asiles ne saurait s'accroître, à cause du chiffre énorme d'incurables qui les encomrent. Sur la totalité des aliénés traités dans l'Angleterre et le pays de Galles, il y en a seulement 3,592 qui offrent des chances de guérison.

Tels sont les points les plus saillants de ce discours, dont une analyse, même étendue, ne peut donner qu'une idée très insuffisante. Dans sa péroraison, notre savant confrère précise la mission qui est dévolue à l'association qu'il a l'honneur de présider. Cette mission doit être envisagée au triple point de vue : 1° de l'aliénation mentale et des aliénés, 2° des membres de l'association ; 3° du public.

48° *Plaintes d'aliénés* ; par le Dr Campbell.

Dans cette note, l'auteur s'occupe des plaintes formulées par les malades blessés dans l'asile, plaintes qui donnent lieu parfois à des enquêtes si délicates. Ses conclusions sont les suivantes : Le tact, l'expérience et la sagacité du médecin sont seuls capables de faire la lumière sur des faits de cette nature. Toute plainte relative à une violence personnelle doit donner lieu à une enquête immédiate, et l'examen direct du plaignant est le plus sûr moyen d'arriver à la découverte de la vérité. L'étendue et l'évolution de l'ecchymose sont modifiées par l'état nerveux, l'âge et le degré d'embonpoint du malade. Certaines

modifications dans la coloration des téguments ressemblant à l'ecchymose se produisent chez les aliénés, et le médecin doit savoir les reconnaître. On a vu quelquefois, bien que le fait soit rare, l'ecchymose vraie se développer spontanément. Ce phénomène, qui est le résultat d'une altération du système vasculaire, peut faire croire à une violence. Il convient enfin de n'admettre les accusations d'un aliéné qu'avec une grande réserve : s'il s'est montré malveillant à l'égard du personnel de l'asile; s'il a des conceptions délirantes de nature hystérique; s'il est dans cet état d'obtusion mentale qui précède un accès aigu; si, enfin, il est porteur de blessures pouvant être le résultat d'une attaque pendant la période d'inconscience.

NOTES ET CAS CLINIQUES

Folie consécutive à un traumatisme du crâne, trépanation après dix-neuf mois, guérison complète, par M. Mackenzie Bacon.

Le malade, qui a toujours joui auparavant d'une bonne santé, a reçu sur la tête, à la région pariétale gauche, un marteau tombé d'une certaine hauteur. Il n'a pas perdu connaissance, mais il a présenté peu après un ensemble de symptômes dont les principaux sont, dans l'ordre physique : une sensation de froid à la tête, de l'engourdissement et des troubles variés de la sensibilité à la périphérie; dans l'ordre mental, des inquiétudes, la nervosité, l'insomnie, les impulsions incontrôlables et les tendances suicides. C'est après s'être précipité du haut d'un escalier sans se blesser gravement (entorse) qu'il a été conduit à l'asile. Il s'est plaint alors, indépendamment des troubles mentionnés plus haut, d'une douleur siégeant au niveau de la cicatrice ancienne. On a cru constater à ce moment une dépression linéaire de l'os, et la trépanation a été décidée. Elle a été suivie d'une guérison radicale. Le fait est d'autant plus curieux que l'os n'était nullement fracturé comme on l'avait supposé avant l'opération, et que la dure-mère, mise à nu, a été trouvée parfaitement saine.

Cas de démence aiguë chez une jeune femme, morte phthisique après deux ans, sans avoir guéri de sa maladie mentale, par le même.

Un état de stupeur rémittente avec délire actif de nature religieuse et actes impulsifs violents, une alimentation difficile nécessitant fréquemment l'emploi de la sonde, un dépérisse-

ment progressif, telle est la physionomie de cette forme mentale. La malade a succombé à une gangrène pulmonaire.

Brûlure par l'eau chaude suivie de mort le quatrième jour, ulcère du duodénum, par M. Killa.

C'est l'histoire d'une malheureuse épileptique, victime de la négligence des infirmiers qui l'ont laissé brûler dans son bain. Elle a été retirée de la baignoire avec une brûlure au quatrième degré, occupant surtout les hanches, les cuisses et les pieds. Deux heures après, elle a été prise de fièvre et d'agitation. Le lendemain elle a eu des vomissements et elle est morte le quatrième jour, dans le collapsus. L'autopsie a fait découvrir un ulcère perforant, de la grandeur d'un shelling, siégeant à la face postérieure du duodénum, à deux pouces du pylore. Les bords de l'ulcération adhèrent au pancréas; le péritoine est injecté dans une certaine étendue.

Cas observés à l'asile des aliénés de Ceylan, par M. Plaxton.

La paralysie générale était inconnue à Ceylan avant l'arrivée de M. Plaxton dans ce pays. Les faits qu'il rapporte sont intéressants, parce qu'ils se rapprochent de cette affection; toutefois leur diagnostic est discutable. Deux des malades, l'un dément, l'autre maniaque destructeur, ont pu être autopsiés; ils avaient tous les deux une pachyméningite avec des adhérences de la pie-mère. Un troisième aliéné, appartenant à la religion musulmane, a été respecté par le scalpel. Ce dernier, qui était peut-être paralysé général, avait un délire de grandeurs et un tremblement facial de nature émotive. Il a succombé dans les convulsions et le coma. Quoi qu'il en soit, on peut encore mettre en doute l'existence de la paralysie générale à Ceylan.

Cas cliniques rapportés par le Dr Savage.

Notre savant confrère a consigné à cette place quelques faits intéressants. C'est d'abord un cas de contagion du délire, observé dans la famille d'un forgeron de soixant-six ans, atteint de ramollissement cérébral. Cet homme a des conceptions délirantes de grandeurs et de richesses, qui sont accusées tour à tour par son fils et sa belle-fille qui viennent le visiter à l'asile.

On observe quelquefois chez les mélancoliques un phénomène psychique assez curieux; la transformation de la mélancolie en monomanie exaltée. Deux malades atteintes de lyémanie,

avec hallucinations et troubles bizarres de la sensibilité, reconnaissent un jour le rédempteur dans le médecin qui les soigne et cette modification dans le délire est le point de départ d'une amélioration.

M. Savage rapporte enfin un cas d'amélioration chez un paralytique, consécutive à un anthrax du cou. Cette amélioration a porté surtout sur l'état mental; le malade a continué d'offrir des troubles musculaires bien caractérisés, avec une inégale dilatation des pupilles.

Maintien prolongé d'une position fixe (avec photographie, par le Dr Edward Geoghegan.

La folie a été consécutive à une secousse morale. Le malade, canonnier de marine, fort intelligent jusque-là, a perdu sa femme, et il est tombé dans la dépression après cette événement. Il est devenu ensuite complètement stupide et présente l'attitude suivante. Il est couché sur le dos, immobile et raide comme un cadavre. Il est insensible à l'excitation en général, mais réagit à l'électricité; les fonctions s'accomplissent normalement. Cet état a duré deux années, aux cours desquelles on l'a vu à deux reprises remuer les bras, ce qui exclut l'hypothèse d'une lésion des centres nerveux. Le mouvement et la parole lui sont revenus tout à coup, sans amélioration dans l'état mental. Il est actuellement dans la démence.

Un cas d'atrophie cérébrale localisée, par le Dr Wigglesworth.

C'est l'histoire d'une jeune fille de dix-neuf ans qui a eu, à l'âge de neuf ans, une vive frayeur et, consécutivement, une affection cardiaque. A partir de quinze ans, elle a successivement six attaques convulsives qui se compliquent graduellement d'hémiplégie avec contracture du côté gauche et d'affaiblissement des facultés mentales. Elle succombe à l'asile à une congestion pulmonaire. A l'autopsie, on constate, outre la lésion cardiaque, une atrophie du lobe frontal droit impliquant les circonvolutions suivantes: les trois frontales avec leur prolongement orbitaire, les circonvolutions centrales antérieures, le lobule pariétal supérieur, la circonvolution cérébrale; teinte jaunâtre de ces parties avec un certain ramollissement. Le lobule de l'insula a disparu, et à sa place existe une cavité pouvant contenir un œuf de pigeon, etc., etc.

Contagion du délire; par le D^r Needham.

Pour faire suite à la note du D^r Savage, ce médecin rapporte un fait intéressant de délire des persécutions par contagion. Il s'agit de deux frères qui ont été tour à tour le jouet des mêmes conceptions délirantes. Le premier, prêtre distingué, s'est suicidé. Son frère est devenu aliéné à son tour, et a été placé à l'asile d'York, où il a été emporté par une attaque d'apoplexie. Il a écrit à son médecin une lettre fort curieuse dans laquelle il énumère ses griefs contre les individus qui ont troublé son repos et celui de son malheureux frère.

Cas de manie très améliorée par l'hyosciamine; par le D^r Savage.

L'alcaloïde a été donné à dose élevée. Un sixième de grain répété deux fois dans les vingt-quatre heures au début de l'attaque, qui a pu être conjurée à deux reprises chez la même malade.

*Cas de convulsions choréiques chez les personnes d'un âge avancé, par le D^r Macleod.**Chorée chez une vieille femme; par le D^r Mac Dowald.*

Trois observations sont publiées par M. Mac Dowald. Celles d'un homme de cinquante-deux ans et de deux femmes âgées, l'une de soixante-deux ans, l'autre de soixante-douze. Chez ces deux femmes, qui sont sœurs, l'hérédité est bien établie; elles ont deux frères choréiques comme elles. Les lésions trouvées à l'autopsie chez ces trois malades ont varié comme nature, mais sont remarquables au point de vue de leur localisation. Chez l'homme et l'une des femmes, on a trouvé un kyste hémorragique s'étendant au-dessus des circonvolutions fronto-pariétales, bilatéral chez le premier, unilatéral, à gauche, chez la seconde. L'autre femme porte au même point de la surface cérébrale du même côté, à gauche, dans l'épaisseur de la dure-mère, plusieurs tumeurs de nature cellulo-fibreuse. M. Macleod remarque qu'aucune des chorées n'était unilatérale. La malade de M. Mac Dowald, âgée de quarante-neuf ans, est choréique depuis l'âge de quinze ans. Elle n'est pas morte, et cette note fournit des renseignements sur son histoire clinique. Nous y relevons ce détail intéressant que cette malade présentait en même temps de l'athétose.

Remarques sur l'usage de l'hyosciamine, par les D^{rs} Bacon et Hills.

Il résulte de cette note que ce médicament peut rendre de réels services dans l'excitation maniaque avec insomnie, mais que son emploi n'est pas sans danger. Huit observations sont rapportées par le D^r Hills, qui s'en est bien trouvé, dans la manie sous les formes aiguë, chronique et récurrente.

Cas de démence aiguë avec terminaison promptement fatale,
par M. Bonville.

La malade était d'une alimentation difficile. Elle a dépéri rapidement et s'est éteinte dans le marasme.

Cas de folie simulée, par le D^r Alexandre Robertson.

La forme mentale simulée par un ivrogne nommé Thomas Dolan, coupable de meurtre de son beau-frère, était la manie furieuse. Après avoir mystifié son monde pendant quatre mois, cet individu, que la sagacité de M. Robertson a su confondre, a jugé à propos de se calmer tout à coup, pensant qu'il aggraverait son cas par une simulation prolongée.

Note sur un cas de paralysie générale à l'âge de douze ans,
par M. Turnbull.

La maladie a débuté par une attaque hémiplegique à l'âge de dix ans. Elle a été marquée par les symptômes bien caractérisés de la démence paralytique et justifiée d'ailleurs par l'autopsie qui a montré, outre les lésions de la périencéphalite, un état atrophique des circonvolutions et l'oblitération du sinus longitudinal supérieur. Le père de cet enfant est entré à l'asile après lui et y est mort à son tour de paralysie générale. On ne constatera pas sans intérêt la transmission héréditaire directe de cette affection.

Cas de manie puerpérale terminée et apparemment guérie par une attaque d'épilepsie, par le D^r Worthington.

Cette observation eût gagné à la description détaillée de l'accès convulsif, qui paraît avoir joué le rôle d'une crise. Cette description manque complètement, et notre confrère se borne à affirmer qu'il s'agit là d'une véritable attaque d'épilepsie. D'après les renseignements obtenus sur la malade, elle aurait eu précédemment un autre accès d'aliénation mentale après

un accouchement marqué par deux attaques de nature indéécise.

Généalogie d'une famille de nervosiques,
par le Dr William Ireland.

Un document nouveau à ajouter au chapitre de l'évolution héréditaire. Voici l'histoire résumée des quatre générations qui composent cette lignée. Le chef de la famille, intelligent et sobre, meurt d'un accès d'asthme. Il a eu trois enfants, un garçon imbécile et deux filles. La première, imbécile, a quatre enfants dont trois atteints d'imbécillité et le quatrième sain d'esprit. L'autre fille, qui est simple, met au jour neuf enfants parmi lesquels on compte un aliéné et trois imbéciles. Sur les cinq autres, deux ont eu des enfants. Le premier, un garçon, s'est marié et compte dans sa famille plusieurs imbéciles. L'autre, une fille, a eu cinq enfants naturels dont deux atteints d'imbécillité.

Le numéro de février contient une relation du procès Baker contre Baker, où est soulevée la question du divorce dans ses rapports avec l'aliénation mentale. Dans une affaire précédente, le procès Mordaunt contre Montcreiffe, la Chambre des Lords, jugeant en appel, avait décidé qu'une instance en divorce peut être poursuivie, alors même que le défendeur est aliéné. L'affaire Baker offre un aspect un peu différent. Il s'agissait de savoir si le conseil d'un aliéné pouvait demander le divorce dans le cas d'adultère du conjoint. Le tribunal a résolu la question par l'affirmative, et la « Probate court and divorce » a confirmé l'arrêt des premiers juges.

Les asiles d'aliénés sont en butte à tant de malveillance qu'il n'y a plus lieu de s'émouvoir aujourd'hui des attaques dirigées contre eux dans la presse extramédicale; mais lorsque ces attaques paraissent dans un journal de médecine, il faut s'en attrister. Ce scandale vient de se produire à Londres, et nous nous associons de tout cœur à la réponse indignée qu'a écrite, de la bonne encre, le chroniqueur du *Mental science*, à un article paru dans le journal *The Lancet*, à la date du 7 mai. Dans cette feuille, qui passe pour sérieuse, les asiles d'aliénés sont comparés à un jardin zoologique. Un grand nombre de malades y sont représentés comme étant parfaitement responsables et dispensés par un certificat de réprimer leurs impulsions... Nous n'insisterons pas.

Nous trouvons dans le même numéro une correspondance

échangée entre les D^{rs} Frédéric Needham et Batty Tuke, au sujet du système des *portes ouvertes*. Le premier voudrait faire un essai loyal du système dans son asile, et présente pour son édification quelques objections d'une certaine valeur. Elles concernent surtout la position sociale des malades, leur nationalité; les mesures qui lui paraissent nécessitées par les aliénés incommodes, violents, suicidéurs, évadeurs, érotiques, etc.

M. Batty Tuke, en partisan convaincu, répond sur toutes les questions. L'essai qu'il a tenté à l'asile de Fife a pleinement réussi, et l'expérience n'avait pas été moins heureuse dans quatre autres asiles d'Ecosse. L'application du système n'a pas nécessité une augmentation du personnel de surveillance. Le travail régulièrement employé a été le seul moyen mis en pratique pour supprimer toute contrainte. Grâce à lui, la surveillance a été plus facile, et l'on n'a pas eu besoin de recourir à des moyens spéciaux pour la garde des aliénés dangereux ou difficiles à conduire. Enfin, la race écossaise n'est pas la seule qui soit en état de bénéficier de ce traitement, puisque l'asile de Lenzie a une population mêlée d'Anglais, d'Écossais et d'Irlandais...

D'autres chroniques trimestrielles sont consacrées aux comptes rendus de l'Association annuelle et du Congrès international, et à l'exposition d'un nouveau plan de statistique pour la détermination des causes de l'aliénation mentale liées à l'alcoolisme.

La Revue donne l'analyse des travaux suivants :

Le cerveau, organe de l'esprit, par le D^r Bastian.

Les émotions, par James Mac Cosh.

Congrès international de médecine mentale.

Le diagnostic des maladies de la moelle, par le D^r Gowen.

Un traité de la théorie et de la pratique de la médecine, par le D^r John Syer Bristowe.

Les Lunacy blue books, comprenant :

Le 34^e rapport des inspecteurs de l'aliénation mentale;

Le 22^e rapport de la commission générale des inspecteurs d'Ecosse;

Le 28^e rapport des asiles de district, criminels et provinciaux d'Irlande.

Construction, organisation et dispositions générales des hôpitaux pour aliénés, avec quelques remarques sur l'aliénation mentale et son traitement, par le D^r Thomas Kirkbride.

Syphilis du cerveau et de la moelle, par le D^r Thomas Stretch Dowse.

Le passé et le présent. Qu'est-ce que la civilisation? par le D^r Arthur Mitchell.

Congrès international de médecine mentale : comptes rendus sténographiques.

Pathologie mentale et nerveuse; médecine légale.

Magnétisme animal : observations physiologiques, par le D^r Rudolph Heidenhain.

Étude scientifique sur le somnambulisme, par le D^r Prosper Despine.

Atlas à planches mobiles montrant la structure et les fonctions du cerveau, par le professeur Wilkouski.

La science et la pratique de la médecine, par le D^r W. Aitken.

Dictionnaire allemand-anglais des mots et termes employés en médecine et dans les sciences voisines, par le D^r Fancourt Barnes.

Lehrbuch der Psychiatrie auf Klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende, par le D^r Krafft-Ebing.

Le principe du Kindergarten, par Mary Lyschinszka.

Recherches expérimentales sur les températures locales de la tête, dans les conditions de repos, d'activité intellectuelle et d'émotion, par le D^r Lombard.

Recherches expérimentales sur la température de la tête, par le même.

Leçons orales sur les phrénopathies, par J. Guislain.

Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie, par le D^r Paul Richer.

L'aliéniste et le neurologue, édité par le D. C. H. Hughes.

Les « Croonian Lectures » pour 1884. Influence de la circulation sur le système nerveux, par le D^r Walter Moxon.

Il suicidio, saggio di statistica morale comparata, par le professeur Morselli.

A la mémoire du docteur Edouard Seguin, remarques faites par quelques-uns de ses amis à ses obsèques, le 31 octobre 1880.

NOTES ET NOUVELLES.

Séances de la Société médico-psychologique.

Séance du 4^{or} décembre 1880. — Motion du D^r Savage en faveur de l'élaboration d'une nomenclature uniforme pour les maladies mentales.

— Lectures du mémoire du D^r Herbert Major sur une *méthode de tabulation des causes de la folie dans les rapports d'asile*. Discussion : MM. Mould, Hach Tuke, Rayner, Bower, Stewart, Bacon.

Mémoire du D^r Fetcher Beach sur l'*hypertrophie du cerveau chez les imbéciles*. Discussion : MM. Savage, Major, Hach Tuke, Boyd.

Note de M. J. Mickle sur un cas de *blessure du cerveau*.

Séance du 24 novembre (Edimbourg.) — Lectures : Note du D^r Dunlop sur un cas d'*hérédité*. Discussion : MM. Ireland, Clouston, Brodie, Yellowlees, Campbell. — Mémoire de M. Brodie sur les conditions nécessaires au traitement efficace des *imbéciles*. Discussion : MM. Campbell, Ireland, Yellowlees, Clouston, Brodie, Rutherford.

Dans la même séance, le D^r Clouston donne quelques détails intéressants sur les asiles de Morristown, New-Jersey, Dauvers, Massachussets (Etats-Unis), qu'il vient de parcourir. Il admire le caractère grandiose et la magnificence de ces constructions, mais il les trouve trop uniformes. Leur prix de revient est considérable, le lit coûte 750 livres sterling.

Séance du 9 mars. — Lectures : Note du D^r Fox sur un cas de *démence aiguë*. Discussion : MM. Major, Hach Tuke, Mould, Winslow, Chapman. — Le D^r Kesteven a appelé l'attention, à l'occasion de ce travail, sur un mémoire du D^r Lawson (*Lancet*), dans lequel est préconisé l'emploi de sang défibriné en injections dans les cas de marasme. Note du D^r Huggard sur les moyens de déterminer les causes de la folie. Discussion : MM. Major, Hach Tuke, Winslow, Rayner, Mould.

Séance du 30 mars (Glasgow). — Au début de la séance, M. Urguhart présente à ses collègues un avant-bras dont l'amputation, pratiquée chez un aliéné, a été suivie de guérison mentale. Le poignet était le siège d'une arthrite qui avait provoqué l'explosion d'un accès de folie sympathique.

Lectures : Note du D^r Clouston sur un cas de *stupeur mélancolique* (3 ans) avec guérison. Discussion : MM. Mac Dowald, Ireland, Robertson, Philip, Turnbull, Clark, Yellowlees. — Note du D^r Turnbull sur un cas de *paralysie générale chez un enfant de 12 ans*. Discussion : MM. Mac Dowald, Yellowlees, Ireland, Robertson. — Note de M. Macleod sur la *chorée à un âge avancé de la vie*. — Discussion : MM. Mac Dowald, Philip, Macleod.

— Mémoires du D^r Dodds sur le *myxœdème*, et du D^r Yellowlees sur l'*écriture en miroir*.

36^e Assemblée générale annuelle tenue à l' « University College » de Londres, le 2 août, sous la présidence du D^r Hack Tuke.

Discours du président (voir plus haut l'analyse de ce discours).

Le D^r Clouston résigne ses fonctions d'éditeur du journal. Des remerciements lui sont votés à l'unanimité. Le bureau est ensuite constitué pour l'année suivante. Le futur président est le professeur T. Gairdner. La discussion s'est ensuite engagée sur les nouvelles tables de statistique dont l'épreuve a été mise sous les yeux des membres de l'association. Elle s'est continuée sur une motion du D^r Mac Dowald qui réclame pour les médecins d'asile le droit de consultation contesté par les inspecteurs. Cette revendication légitime est transmise au conseil de l'association.

Lecture. — Note du D^r Campbell sur les *plaintes d'aliénés*.

La séance du soir a été honorée de la présence de lord Shaftesbury. Le noble comte adresse au D^r Hack Tuke un compliment très délicat, en réponse à son discours. Ce n'est pas de 1844, dit-il, que date la renaissance des aliénés, mais de la fondation de « York Retreat » par l'illustre aïeul du président.

Les *Notes et nouvelles* contiennent en outre plusieurs articles intéressants que nous devons seulement indiquer à cette place. Un extrait du rapport du D^r Ireland sur l'institution nationale écossaise de Larbert (le docteur Ireland vient de prendre sa retraite); une curieuse lettre de M. Stuart Cumberland sur les médiums et les spirites, dont il confond merveilleusement les impostures; un compte rendu de la séance annuelle de l'association protectrice des aliénées convalescentes, et enfin des notes nécrologiques sur les docteurs Launder Lindsay, Seguin, Isaac Rey, James Sherlock et Frédéric Skæe.

Le dernier numéro de cette année (1884) se termine par le compte rendu du Congrès médical international (en ce qui touche la huitième section « Maladies mentales »), qui s'est ouvert le 3 août, à Londres.

Pendant le banquet qui a eu lieu la veille, le président a salué la présence des docteurs Lasègue, Foville, Motet et Ball, « membres éminents de la profession en France ».

Nous n'essayerons pas de résumer la physionomie de ce Congrès qui a été si bien rendue dans la chronique des *Annales médico-psychologiques* (numéro de septembre 1884) sous ce titre :

« La médecine mentale à Londres », quoiqu'on puisse reprocher à l'auteur de n'avoir pas fait suffisamment ressortir la part personnelle importante qu'il a apportée aux travaux de ce Congrès.

JOURNAUX ALLEMANDS

Neurologisches Centralblatt

ANNÉE 1883.

Du ralentissement dans la transmission de sensations dans les cas de lésion des nerfs périphériques, par le Prof. Erb (janvier 1883).

L'auteur, contrairement à l'opinion de Weir Mitchell qui prétend qu'un retard de transmission de la sensibilité s'observe exclusivement dans les lésions centrales du système nerveux spinal, estime qu'un trouble analogue peut se présenter dans les cas de lésions périphériques des nerfs. Kraussold a publié quatre observations qui confirment cette manière de voir, et l'auteur rapporte lui-même un cas de luxation de l'épaule, suivie de paralysie atrophique des muscles innervés par les nerfs axillaire, radial, cubital et médian, cas dans lequel il a observé le phénomène de retard de transmission spécialement pour l'élément douleur. Le malade ne ressentait la douleur que une ou deux secondes après l'application des moyens pour la provoquer. Il serait intéressant d'étudier si les sensations tactiles et thermiques subissent le même retard de transmission, et de rechercher quelles sont les conditions de ce phénomène. En tout cas, dit l'auteur, il reste acquis que le phénomène en question n'est pas toujours lié à une altération de la substance grise de la moelle, et qu'il constitue un symptôme dont la valeur diagnostique commande désormais quelque réserve.

Gliome hypertrophique de la protubérance et de la moelle allongée par le Dr Richard Schulz, de Brunswick (janvier 1883).

L'auteur dit n'avoir trouvé dans la littérature médicale que douze cas de tumeurs du pont de Varole, qualifiés « gliome ou gliosarcome. » Il a eu la bonne fortune d'en observer une chez un homme de trente-deux ans.

Les symptômes observés étaient : céphalalgie, vertiges, incertitude de la marche, bourdonnements d'oreilles, paré le des

muscles masticateurs, diplopie. Pas de paralysie proprement dite, mais de la parésie des membres gauches. Le malade ayant voulu prendre des bains romains a dû les suspendre parce qu'ils aggravaient son état. Au bout de deux mois de maladie, il est mort presque subitement.

L'autopsie révéla un gliome diffus de la protubérance et de la moelle allongée. La largeur normale de la protubérance est doublée. La substance est molle, fluctuante, pas de trace de pus ni de foyer apoplectique.

La moelle allongée est également deux fois plus large que d'ordinaire; les pyramides, les olives et les corps restiformes sont augmentés de volume, comme tuméfiés. L'examen microscopique révèle la nature gliomateuse de la tumeur.

Pour ce qui est de la localisation des symptômes, l'auteur estime que le caractère diffus de la tumeur se prête peu à des résultats bien nets; il croit néanmoins que la parésie bilatérale des muscles droits externes des yeux, la parésie faciale gauche, la faiblesse des muscles masticateurs, l'augmentation de la sécrétion salivaire, les troubles de la parole, peuvent être mis sur le compte de la lésion des noyaux des nerfs oculo-moteur externe, facial, trijumeau et hypoglosse, d'un côté seulement ou des deux côtés à la fois. Le vertige s'expliquerait autant par la diplopie que par la compression croissante exercée par la tumeur dans l'encéphale. La céphalalgie aurait la même origine. L'intégrité des cordons des pyramides donnerait la clé de l'intensité tout à fait secondaire des phénomènes de paralysie. Le trouble de la marche serait résultat de la diplopie et de l'état vertigineux. Finalement l'auteur fait remarquer l'influence fâcheuse qu'exercent les bains trop chauds dans les affections centrales du système nerveux.

Contribution à l'étude de la dégénérescence secondaire. — Prof. Binswanger à Iéna et Dr Moeli à Berlin (janvier 1883).

Les auteurs ont fait sur un certain nombre de chiens des recherches sur les lésions secondaires du système nerveux, consécutives à la destruction partielle de la région corticale de l'encéphale. Ils ont détruit dans la sphère motrice la région où sont localisés les mouvements des membres supérieurs; entamant en même temps plus ou moins la substance blanche. La dégénération secondaire s'est manifestée dans tous les cas; elle était moins accentuée pour les lésions superficielles et limitées; on pouvait l'apprécier en examinant les parties dur-

cies dans la solution de Muller, et constater qu'elle s'étendait par les pédoncules cérébraux, la protubérance, les pyramides jusque dans le cordon postérieur du côté opposé de la moelle, le cordon antérieur étant toujours resté indemne.

Les auteurs ont également produit des lésions de la capsule interne. Chez les animaux qui ont survécu plusieurs semaines à ces lésions, ils ont observé des dégénération secondaires analogues. Ces lésions n'ont pas amené une paralysie complète; mais les troubles de la sensibilité ont été bien constatés.

Les auteurs en concluent que la voie centrifuge dont la lésion amène les dégénération secondaires, et la voie centripète dont la lésion amène les troubles de la sensibilité, traversent toutes deux la capsule interne. Ils n'osent se prononcer sur la position relative de ces deux voies, parce que les animaux soumis à l'expérience sont morts généralement avant que la dégénération secondaire eût atteint son dernier degré.

Étiologie de la tympanite aiguë chez les hystériques; par le Prof. Ebstein, à Gothingen (janvier 1883).

Magendie a déjà déclaré que l'air qu'avalent certaines personnes ne remonte pas dans l'œsophage, mais passe dans les intestins, produit une tympanite et s'évacue finalement par l'extrémité inférieure du tube digestif. L'auteur a constaté que chez des personnes dont le pylore est devenu insuffisant par suite d'une lésion matérielle, la tympanite se développe par le mécanisme précité, lorsque du gaz carbonique se développe dans l'estomac, et il a pensé que ce mécanisme de l'insuffisance pylorique pouvait donner l'explication de la tympanite qui se développe souvent chez les hystériques, à la suite de la déglutition d'air que font ces malades.

Il rapporte deux observations à l'appui de sa manière de voir. Elles ont rapport à deux jeunes filles hystériques qui avaient plusieurs fois présenté les symptômes de la tympanite et chez lesquelles l'auteur a provoqué à diverses reprises à volonté ces symptômes, en leur faisant boire d'abord une solution d'acide tartrique et en leur donnant après des doses fractionnées de bicarbonate de soude. Les résultats ont été constants, et la tympanite s'est produite à chaque expérience sans aucun retard. L'auteur croit que ce résultat ne peut être imputé qu'à l'insuffisance pylorique. Il réfute l'objection de Küssmaul qui prétend que le pylore, à l'état de vacuité de l'estomac, est toujours insuffisant. En effet, dit l'auteur, dans ses expériences il

a toujours évité d'opérer sur un estomac à l'état de vacuité, et d'ailleurs, ajoute-t-il, les gaz auraient en tout cas plus de tendance à sortir par le cardia que par le pylore qui, d'après la physiologie de Johann Muller (3^e édit. Coblenz 1838, p. 500), ferme si bien qu'il ne laisse rien échapper de l'estomac, même après que celui-ci est sectionné et enlevé de la cavité abdominale.

Quant à l'objection d'Oser, qui prétend que la pression du gaz fait ouvrir la soupape pylorique, l'auteur lui oppose cet argument: Par l'addition de doses fractionnées de bicarbonate de soude, il a développé dans ses expériences graduellement le gaz carbonique dans l'estomac des malades; la tympanite s'étant développée parallèlement et sans retard, on ne saurait invoquer la pression exercée par l'accumulation de gaz dans la cavité stomachique. Il reste donc établi, selon l'auteur, que le relâchement, l'insuffisance du sphincter pylorique chez les hystériques et la déglutition d'air par ces malades, sont les causes du phénomène de la tympanite.

Troubles visuels dans la paralysie générale; par le Prof. Hirschberg, à Berlin (janvier 1883).

Si nous connaissons bien les troubles visuels du tabes dorsalis, dit l'auteur, il n'en est pas de même de ceux de la paralysie générale, qui, à cause de l'état mental des sujets, sont bien plus difficiles à étudier.

Albutt Clifford prétend avoir observé quarante et une fois sur cinquante-trois paralytiques, l'atrophie du nerf optique. L'auteur se méfie de ce chiffre, ses propres recherches ne lui donnent cette lésion que dans quatre ou cinq cas pour cent. Il ajoute que d'après la statistique des observations publiées, trois espèces de troubles visuels se présentent surtout chez les paralytiques, ce sont l'amblyopie due habituellement à l'atrophie du nerf optique et qui dégénère en amaurose, l'hémianopsie, et enfin le scotome central. L'auteur rapporte ensuite un cas de scotome central observé par lui chez un paralytique au début. L'acuité visuelle chez ce malade était descendue à un sixième. La représentation graphique donnait un tracé semblable à celui de l'amblyopie alcoolique ou diabétique; mais il n'y avait ni alcoolisme ni diabète. Le trouble visuel devait être imputé à un scotome central. Ce scotome a constamment augmenté, d'étendue d'après les bulletins que l'auteur a reçus du Dr Mendel, qui a observé ce paralytique ultérieurement.

Névrite du nerf cubital dans ses rapports avec la contracture sous-cutanée des doigts; par le prof. Eulenburg, de Berlin (février 1901).

L'auteur, après avoir observé que la question de savoir si la « contracture sous-cutanée des doigts ou contracture de Dupuytren » est due à une rétraction de l'aponévrose palmaire (Dupuytren), ou à la formation nouvelle de noeuds et de cordons dans le tissu sous-cutané, est très controversée, apporte des données nouvelles pour l'étiologie de cette affection.

Il a observé un cas de contracture bilatérale des quatrième et cinquième doigts avec dépôts noueux, douloureux à la pression. Chez ce malade, il y avait en même temps une névrite également bilatérale du nerf cubital. Ce nerf dans toute son étendue était très douloureux à la pression. L'auteur ne croit pas que cette névrite soit une conséquence de l'affection locale de la main. En effet, dit-il, on observe souvent des contractures plus étendues et des dépôts de néoplasmes sans qu'il y ait névrite consécutive. Diverses raisons au contraire le portent à croire que la contracture a une origine névropathique. Sans compter que dans bien des cas on observe des troubles de la nutrition à la suite d'irritation de nerfs trophiques, l'auteur estime qu'il y a deux faits qui sont significatifs, ce sont 1° la localisation presque constante de l'affection qui nous occupe, aux deux derniers doigts (territoire du nerf cubital); 2° la bilatéralité et la symétrie si fréquentes de l'affection.

Les cas où ce genre de contracture s'étendant à d'autres doigts que les deux derniers, seraient selon l'auteur, de rares exceptions.

Aussi, ajoute-t-il, quelle que soit la manière dont on envisage les connexions de la névrite cubitale et de la contracture sous-cutanée des doigts, ces connexions méritent de fixer l'attention du praticien.

Recherches expérimentales sur l'entrecroisement des nerfs optiques dans le chiasma; par le Dr Bechtcrew, de St-Petersbourg (février 1883).

L'auteur après avoir fait remarquer les divergences d'opinion qui existent dans le camp des cliniciens et aussi dans celui des anatomistes sur la question de l'entrecroisement des fibres des nerfs optiques dans le chiasma, dit qu'il est réservé à la physiologie expérimentale de donner une solution définitive. Qu'on arrive en effet, dit l'auteur, à sectionner une bandelette

optique, ou tout le chiasma, dans le sens de sa longueur, et la question de l'entrecroisement des fibres sera facilement résolue. L'auteur a fait cette section sur des chiens, et a observé les faits suivants:

Après la section du nerf optique d'un côté, il y a cécité de l'œil correspondant, dilatation pupillaire et manque de réaction contre la lumière, si celle-ci tombe directement sur l'œil du côté opéré, l'œil sain étant fermé. Si la lumière frappe l'œil sain, la pupille de l'œil du côté opéré se contracte aussi de manière à faire presque disparaître l'inégalité pupillaire.

Après dissociation du chiasma dans le sens de sa longueur, il n'y a de cécité complète ni d'un côté ni de l'autre.

Après section d'une bandelette optique, il n'y a pas de cécité complète d'aucun des deux yeux; la vision devient indistincte dans ce cas, alors seulement qu'on obture un œil. Les dimensions de la pupille sont normales, ainsi que la réaction contre la lumière.

Ces faits, dit l'auteur, militent en faveur d'un entrecroisement incomplet des fibres des nerfs optiques dans le chiasma.

L'auteur fait remarquer aussi que la manière toute différente dont se comporte la pupille après la section du nerf optique et après la section de la bandelette optique, lui fait admettre que les fibres centripètes servant à la contraction réflexe de la pupille ne se répandent pas dans la bandelette optique, mais quittent le nerf optique au niveau du chiasma pour se rendre dans la substance cérébrale et se réunir aux noyaux oculo-moteurs.

Ralentissement de la transmission de la sensibilité dans les cas de lésions des nerfs périphériques; par le prof. Westphal (février 1883).

A la suite de l'observation publiée par le Dr Erb dans le 4^{er} numéro de janvier de ce journal, sur le ralentissement de la transmission de la sensibilité dans les cas d'affections des nerfs périphériques, l'auteur fait remarquer qu'il a, il y a quatorze ans, observé un cas analogue.

Il s'agissait d'une paralysie survenue à la suite d'une application d'entraves, faite sur le bras d'une façon inintelligente. La paralysie a été compliquée d'atrophie des muscles et on a observé un ralentissement de une seconde à une seconde et demie dans la transmission de la sensibilité.

L'auteur dit qu'il publiera l'observation détaillée dans les « Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten ».

Fonctions des couches optiques; recherches expérimentales; par le
D^r M. Bechterew, de St-Pétersbourg (février 1883).

L'auteur fait l'historique des recherches physiologiques sur la fonction des couches optiques. Le seul fait, dit-il, sur lequel les auteurs sont unanimes, c'est l'intervention des couches optiques pour les phénomènes de la vue. Les auteurs, parmi lesquels Renzi, Fournié, Ferrier et Luys attribuent également aux couches optiques un rôle dans la sensibilité; d'autres enfin, parmi lesquels Saucerotte, Serres, Magendie, Longet, estiment que ces centres nerveux ont également un rôle important dans les phénomènes de la motilité.

L'auteur a, par de nombreuses expériences faites sur différentes espèces d'animaux, cherché à éclairer la question. Il a procédé par irritation ou destruction des couches optiques, et a pu se convaincre que des troubles de la vue se produisaient à la suite de la destruction d'une partie quelconque des couches optiques. Ces troubles néanmoins étaient plus passagers pour les lésions de la partie antérieure des ganglions nerveux. Quant aux troubles signalés par les auteurs dans la sphère de la motilité et de la sensibilité, il ne les a pas observés. Il met sur le compte de lésions de voisinage certains phénomènes de motilité qu'il a observés et qui ont quelque analogie avec les troubles moteurs signalés par les auteurs.

Il a ensuite fait des recherches sur la fonction des couches optiques, en se plaçant surtout au point de vue de la faculté d'exprimer les sensations et les émotions.

Il rappelle que Ferrier avait émis l'hypothèse que le centre réflexe de l'expression des sensations et des émotions se trouve dans la partie postérieure des tubercules quadrijumeaux (chez les êtres inférieurs, corporabigemina). Ayant fait des expériences variées, l'auteur dit avoir découvert que ce centre se trouve non pas dans les tubercules quadrijumeaux, mais dans les couches optiques elles-mêmes. Il formule ainsi ses conclusions:

Il résulte de tous ces faits que des animaux, privés de leurs hémisphères cérébraux, sont encore en état, à condition qu'on ait respecté leurs couches optiques, de produire, sous l'influence d'irritations extérieures, les divers sons qui leur servent à l'état de santé pour exprimer leurs impressions. Cette faculté ne disparaît pas après la destruction des tubercules quadrijumeaux, mais seulement après celle des couches optiques. Les mêmes animaux au contraire, après destruction des couches

optiques, les hémisphères étant, quant au reste, conservés, gardent la liberté de leurs mouvements et peuvent percevoir des sensations, mais ont perdu la faculté de les exprimer par les productions de sons et les gestes au moyen desquels ils ont l'habitude de le faire.

Il faut en conclure que les couches optiques président à la production des sons et des gestes qui ont pour but d'exprimer les sensations et les émotions, tandis que les tubercules quadrijumeaux ne jouent aucun rôle dans la production de ces phénomènes. Il résulte également des expériences de l'auteur que la faculté dont il est question n'est mise en jeu, chez des animaux privés de leurs hémisphères cérébraux, que par des irritations à la surface sensible du corps, tandis que chez les animaux sains, elle l'est également par les impulsions psychiques.

Démence paralytique. Affection syphilitique des vaisseaux cérébraux; par le Dr Schulz, de Brunsebwig (février 1883).

Depuis la monographie de Heubner (1874) sur la syphilis des vaisseaux cérébraux, il a été écrit beaucoup sur cette question. Beaucoup d'auteurs ont admis la manière de voir de Heubner, d'autres l'ont combattue. Koster et Friedlander prétendent que l'affection décrite par eux sous le nom d'endartérite déformante, correspond à la syphilis des vaisseaux cérébraux de Heubner et n'a rien de commun avec la syphilis. Baumgarten a admis, à côté de l'endartérite de Heubner, qui n'a pas de caractère anatomique spécifique, une autre forme qui aurait une origine spécifique; c'est l'endartérite gommeuse.

D'après le même auteur, l'endartérite décrite par Heubner ne serait qu'un degré inférieur de l'endartérite gommeuse. L'auteur rapporte une observation de démence paralytique d'origine syphilitique, intéressante pour l'étude de cette question. En effet, l'autopsie a révélé des lésions des vaisseaux cérébraux. Les artères basilaire, vertébrale, carotide interne étaient transformées en conduits rigides, noueux, sans infiltration calcaire. L'examen microscopique a montré que les altérations étaient identiques à celles décrites par Heubner et par Baumgarten dans l'endartérite syphilitique et l'auteur estime que si des altérations ressemblent à celles de l'endartérite oblitérante de Koster et de Friedlander, ce n'est pas sur le terrain anatomique seulement, mais aussi sur le terrain clinique qu'il faut rechercher les preuves de l'origine spécifique de l'affec-

tion. Il fait remarquer que jusqu'à présent tous les cas d'endarterite oblitérante, non provoqués par une méningite ou une tumeur, sont d'origine syphilitique et ces cas sont en grand nombre. L'auteur ne veut pas aller aussi loin que Heubner, et prétendre que toute endarterite déformante survenant chez un syphilitique, a une origine spécifique. Il admet que cette affection peut se développer chez un syphilitique, sans avoir des rapports de cause à effet avec la syphilis. Il termine en disant que l'opinion de Baumgarten, qui regarde l'arterite syphilitique de Heubner comme un degré inférieur de l'arterite syphilitique gommeuse décrite par lui, donne la solution de la question de la syphilis des vaisseaux cérébraux. Dans le premier cas, l'affection reste à l'état de processus inflammatoire néoplasique chronique, dans le deuxième cas, elle continue sa marche pour arriver à la production de gommés.

Asphyxie par l'oxyde de carbone, suspension de l'excitabilité faradique des nerfs phréniques; par le professeur Emminghaus, de Dorpat (mars 1883).

Une femme asphyxiée par l'oxyde de carbone présente du trismus, de la raideur de la nuque, les réflexes sont abolis, le thorax est immobile dans l'inspiration. On applique les électrodes d'un appareil d'induction sur les nerfs phréniques au cou, la peau étant préalablement humectée. A la suite de cette manœuvre, les sterno-mastoldiens qui sont directement en contact avec les électrodes, se contractent; mais il n'y a pas d'autre mouvement respiratoire. On interrompt le courant et on le rétablit successivement, et ce n'est qu'à la septième fermeture du courant, qu'il se produit de légers mouvements respiratoires qui deviennent de plus en plus profonds.

On porte alors la malade en plein air. Le froid (30 décembre) oblige bientôt de la rentrer dans la chambre; l'asphyxie revient, la respiration s'arrête. L'électricité, appliquée de nouveau, donne les mêmes résultats que la première fois: c'est-à-dire que ce n'est qu'après plusieurs interruptions du courant que les mouvements respiratoires apparaissent. Une nouvelle tentative de mettre la malade en plein air amène les mêmes résultats que la première et permet, ou plutôt nécessite une troisième application de l'électricité. Une troisième fois, on peut constater que les phréniques restent quelque temps sans être impressionnés par le courant. Une troisième fois aussi, la respiration se rétablit

au bout d'un certain nombre d'ouvertures et de fermetures successives du courant. Cette fois, la respiration s'est rétablie définitivement. Le même phénomène avait déjà été observé dans l'asphyxie par le chloroforme, par Friedberg (Virch. Arch., tome XVI, p. 527) ; l'auteur estime que le fait est digne d'attention en ce qu'il nous apprend qu'il n'est pas permis de conclure à la disparition de l'excitabilité faradique des nerfs phréniques chez les asphyxiés, par le fait que ces nerfs n'ont pas réagi contre une série d'interruptions du courant faradique : ce courant fût-il appliqué dans les conditions les plus favorables, la peau et les électrodes étant convenablement humectés pour diminuer la résistance à vaincre.

Apoplexie bulbairé à la suite de coups dans la nuque ; par le Dr Richard Schulz, de Brunschwig (mars 1883).

Un enfant de douze ans, à la suite de coups reçus dans la nuque à l'école, est aussitôt frappé d'aphasie complète et, consécutivement, à des intervalles variables, de paralysies diverses. Après avoir été traité pendant neuf mois dans les hôpitaux de différentes villes d'Allemagne, il rentre dans sa famille, non guéri. L'auteur, après avoir donné tous les détails de l'observation, se résume ainsi :

Un enfant de douze ans reçoit des coups à la région occipitale et à la nuque; aussitôt il présente de l'aphasie, de la céphalalgie, des nausées, bientôt après de la parésie du rameau inférieur du facial. Au bout de quinze jours, parésie des membres droits, dégénérant bientôt en paralysie complète avec contracture. Après deux mois et demi, cet état se complique de faiblesse des membres gauches avec accès de crampes. Les réflexes tendineux sont augmentés. La sensibilité est intacte, le sens musculaire est normal. Il y a de la parésie vésicale, de la sensibilité exagérée au niveau des vertèbres cervicales, une légère parésie des muscles du palais du côté droit. Une augmentation de la sécrétion salivaire et des troubles de la déglutition arrivent deux mois plus tard ; la parésie faciale diminue du côté droit, et apparaît au contraire du côté gauche. Trois semaines plus tard, on observe des troubles passagers, de nature paralytique, dans les muscles masticateurs, et un mois plus tard, du ptosis de la paupière droite supérieure. La paralysie des membres gauches s'amende. Quant au reste, l'état du malade n'a pas changé.

Il est à remarquer, dit l'auteur, que, dans le cours de la

maladie, on n'a pas observé de paralysie des muscles oculaires ni de troubles respiratoires, vaso-moteurs ou auditifs. L'activité cardiaque était toujours augmentée sans élévation de température ; il n'y a eu ni convulsions épileptiformes, ni polyurie.

Comme symptôme intéressant, l'auteur signale encore ce fait que les efforts que faisait le malade pour parler, se combinaient avec des mouvements du bras droit qui était paralysé et se trouvait en état de contracture. Les coups reçus à la région cervicale postérieure sont la cause certaine de la maladie, dit l'auteur, et l'instantanéité de l'aphasie à la suite de ces coups, ajoute-t-il, ne permet pas de douter qu'il y a eu hémorrhagie. La paralysie, limitée d'abord à l'hypoglosse et au noyau du facial du côté droit, fait penser à un foyer hémorrhagique dans la moelle allongée ; mais la paralysie des membres droits, survenue quinze jours plus tard, est un argument contre cette hypothèse. La paralysie en effet aurait dû être alterne et frapper les membres gauches.

L'auteur croit qu'il y a eu probablement un foyer hémorrhagique dans le quatrième ventricule et un autre dans les méninges, siégeant sur le côté gauche de la moelle allongée, ce dernier aurait contourné la moelle allongée en se dirigeant en avant et à gauche.

Le premier foyer aurait exercé une compression sur les noyaux du nerf hypoglosse et du facial. Le deuxième par la compression exercée sur les fibres des faisceaux pyramidaux gauches, aurait provoqué la paralysie des extrémités droites.

Une méningite cervicale consécutive expliquerait, d'après l'auteur, la sensibilité des vertèbres du cou ; et une myélite, envahissant peu à peu la moelle allongée dans un plan transversal, expliquerait la paralysie des quatre membres, celle des nerfs trijumeaux (augmentation de la salive, paralysie des masticateurs), celle des nerfs glosso-pharyngiens (troubles de déglutition), celle du facial gauche, de l'oculo-moteur droit (ptosis de la paupière droite), celle des nerfs vagues (suractivité cardiaque).

Quant au pronostic, l'auteur croit que le malade restera infirme. Quel triste et instructif exemple, dit en terminant l'auteur allemand, pour les instituteurs qui outre-passent le droit de correction corporelle et oublient que les coups à la tête sont défendus.

Infiltration papillaire bilatérale avec périnévrite, dans un cas d'hématome de la dure-mère; par le Dr Zacher, de Heidelberg (mars 1883).

L'infiltration papillaire, qui n'est pas rare dans les cas d'hématomes de la dure-mère, est généralement attribuée à la pression exercée sur le nerf optique soit par l'afflux direct du sang dans la gaine de ce nerf, soit par l'afflux dans cette gaine du liquide encéphalique, à la suite de l'augmentation de pression que produit l'hématome dans la cavité crânienne. Dans les deux cas, dit l'auteur, on ne trouve pas de traces d'inflammation dans la gaine. Un cas par lui observé, et présentant la particularité d'une altération profonde des gaines du nerf optique coïncidant avec une infiltration papillaire bilatérale, est donc digne d'intérêt.

Il s'agit d'un aliéné qui, entré à la clinique de Heidelberg le 1^{er} novembre 1880, atteint de lypémanie avec prédominance d'idées hypochondriaques, succomba le 26 mai de l'année suivante à un hématome double de la dure-mère. Le malade avait bien accusé de la céphalalgie et des troubles visuels; mais le délire hypochondriaque qu'il manifestait ne permettait pas de discerner ce qu'il y avait de vrai dans toutes les sensations anormales qu'il accusait. Ce n'est que peu de temps avant le décès que l'examen ophtalmoscopique eut lieu, et révéla l'infiltration des deux papilles.

A l'autopsie on trouve les deux nerfs optiques très épaissis, leur section ne donne lieu à aucun écoulement de liquide, et ne change pas leur volume. L'examen microscopique révèle les éléments d'un processus inflammatoire dans les cordons nerveux, mais pas de trace de foyer hémorragique. Quant à l'hématome qui avait amené la mort, il s'étendait sur les deux hémisphères, depuis l'extrémité frontale antérieure, jusqu'au lobe occipital.

En somme, l'auteur insiste sur ce fait qu'un hématome très étendu a été accompagné de périnévrite, de névrite commençante et d'infiltration papillaire des deux côtés.

Il estime que l'inflammation de la gaine des nerfs optiques qui a provoqué l'infiltration papillaire, est elle-même une conséquence de l'augmentation de la pression intra-crânienne causée par l'hématome. C'est le liquide encéphalique qui, poussé avec violence dans la gaine des nerfs optiques, en aurait provoqué l'inflammation d'une manière pour ainsi dire méca-

nique. Si toutes les causes qui augmentent la pression intracrânienne n'amènent pas les mêmes désordres du côté des nerfs de la vue, l'auteur croit que cela est dû à ce que, dans ces cas, l'augmentation de la pression est graduelle et permet à la gaine de se dilater graduellement en vertu d'un certain degré d'élasticité; chose qui est rendue impossible dans les cas d'épanchement sanguin brusque et considérable, comme cela peut avoir lieu dans les cas de pachyméningite hémorrhagique.

L'auteur ne croit pas qu'on puisse regarder dans le cas qu'il rapporte l'inflammation de la gaine des nerfs optiques comme une extension par contiguïté de la pachyméningite, par la raison que les produits inflammatoires de la gaine avaient des caractères différents de ceux de la dure-mère, attendu que les premiers n'offraient aucune trace d'un épanchement sanguin soit ancien, soit récent.

L'auteur s'en tient donc à sa première hypothèse qui, dit-il, concorde à la fois avec les données anatomiques et cliniques du cas en question. Il n'oserait pas affirmer du reste que, dans tous les cas analogues, la genèse et l'enchaînement des phénomènes sont les mêmes; et il estime que des recherches ultérieures pourront nous apprendre si les phénomènes qu'il a observés peuvent être provoqués et enchaînés d'une manière différente.

De la disparition des fibres nerveuses à myéline, dans la partie corticale du cerveau des déments paralytiques; par le Dr Turzeek (avril 1883).

L'année dernière, l'auteur a déjà publié le résultat de ses recherches à ce sujet. Depuis il a fait l'autopsie de sept paralytiques en démence, et employant constamment la méthode d'Exner pour ses préparations, il a constaté dans tous les cas la disparition des fibres nerveuses à myéline dans la partie corticale des cerveaux des paralytiques. L'auteur estime, en conséquence, qu'il s'agit là d'un substratum anatomique constant dans la démence paralytique: il n'ose encore affirmer qu'il appartient exclusivement à cette affection. Toutes les variétés de paralysie générale, comme durée et comme forme, ont été représentées dans les cas observés par l'auteur. Quant à la localisation de la lésion en question, l'auteur donne de nombreux détails; nous nous contentons de rapporter qu'il a toujours trouvé le lobe occipital indemne.

Sclérose de la substance blanche du cerveau, chez les déments paralytiques; par le D^r Tuezeck (avril 1883).

L'auteur, dans une autopsie de dément paralytique, a été frappé de l'existence, dans le lobe frontal durci dans le liquide de Muller, d'une ligne grise séparant la partie corticale d'avec la substance blanche, et suivant la configuration des circonvolutions. Dans les préparations à la glycérine, cette ligne était transparente; dans les préparations au carmin, elle était d'une couleur plus foncée que l'écorce et que la substance blanche : dans des coupes horizontales fines, elle était très appréciable à l'œil nu.

L'analyse microscopique fit reconnaître, dans la traînée en question, de la substance blanche atteinte de sclérose. Ce n'est qu'avec de forts grossissements qu'on put retrouver, dans les mailles serrées de ce tissu scléreux, des sections de fibres nerveuses.

Ce fait montre une fois de plus, dit l'auteur, combien la substance blanche est atteinte dans la démence paralytique. Les fibres nerveuses à myéline de la substance blanche avaient en grande partie disparu. Des observations ultérieures, dit l'auteur, établiront les relations entre la disparition de ces fibres et la disparition des fibres de la substance grise, phénomène, que dans le cas particulier, il n'a pas été donné d'observer parce que, au moment de l'examen des pièces, la méthode d'Exner n'était pas encore connue. Il termine en se demandant si le phénomène signalé d'abord par Baillarger et ensuite par Rey, à savoir qu'en cherchant à enlever les méninges de certains paralytiques, on arrache la substance corticale avec la pie-mère, laissant à nu un squelette de substance blanche, si ce phénomène, dit-il, n'est pas dû à une altération de la substance blanche, analogue à celle qu'il vient de signaler.

En tout cas, il est remarquable, ajoute l'auteur, que Rey ait observé cette particularité surtout au lobe frontal, au tiers supérieur des circonvolutions centrales et au lobule paracentral, même dans les cas où les adhérences s'étendaient plus loin.

Des modifications de la réaction de dégénérescence partielle, et de l'existence des paralysies spinales atrophiques, chroniques, chez l'enfant; par le D^r Erb (avril 1883).

Tous les observateurs, dit l'auteur, qui ont écrit sur la *Polyomyélitis anterior chronica*, ont affirmé que cette affection ne se

développait que chez des individus entre trente et cinquante ans. Il n'a été cité qu'une exception, c'est le cas de Ross, qui a observé la myélite chronique des cornes grises antérieures chez une fille de quinze ans. Un cas observé par l'auteur établit l'existence de cette affection chez l'enfant. L'auteur entre dans beaucoup de détails. Son malade, âgé de six ans seulement, a présenté les premiers symptômes de myélite au mois de juillet 1882. A la fin de janvier 1883, il était à peu près guéri.

A la suite de cette observation, l'auteur rapporte deux autres cas observés chez des adultes. Il entre dans de longs détails sur la manière dont les muscles se comportent envers les excitations électriques, soit directes, soit indirectes, et discute soigneusement les différentes variétés de réactions de dégénérescence, ainsi que leur valeur diagnostique et pronostique.

Hemianopsia heteronyma lateralis; par le Dr Rudolf Gnauck (mai 1883).

L'auteur rapporte en détail une observation d'hémianopsie hétéronyme latérale, chez un individu âgé de trente-cinq ans. Le malade traité depuis décembre 1881 jusqu'à la fin de mai 1883, est sorti amélioré du service, et son état était encore stationnaire sept mois plus tard, en décembre 1882. Nous rapportons ici le résumé des faits, tel que l'auteur le donne lui-même à la suite de son observation.

Un individu, jusqu'alors bien portant, voit sa vue se troubler. Le trouble visuel débute par l'œil gauche et atteint plus tard l'œil droit. Des deux côtés c'est la partie temporale du champ visuel qui est obscurcie, et les troubles se propagent peu à peu vers la partie interne du champ visuel. Au bout de dix semaines, on constate, des deux côtés, de l'atrophie des nerfs optiques. La onzième semaine, il survient, avec des phénomènes fébriles et des accidents de compression cérébrale, une écité complète à gauche et presque complète à droite. Au bout de quinze jours, les symptômes généraux disparaissent et la vue s'améliore. L'amélioration se montre d'abord dans l'œil droit, ensuite dans l'œil gauche, dans les deux yeux elle débute par le côté interne, central, du champ visuel. Finalement il reste de l'hémianopsie temporale avec troubles dans la perception des couleurs dans la partie centrale du champ visuel de l'œil gauche. Cet état est encore le même au bout de sept mois.

D'après l'auteur, la marche anatomique de l'affection serait la

suivante : Lésion débutant par la moitié interne de la rétine gauche et des faisceaux du nerf optique qui s'y rendent; en second lieu, lésion de la moitié interne de la rétine droite. Extension de la lésion vers la moitié externe des deux rétines et les faisceaux du nerf optique qui s'y rendent; enfin régression de l'affection sur les deux moitiés externes des rétines jusqu'au niveau de la tache jaune.

D'après cette marche, dit l'auteur, il est fort vraisemblable qu'il s'agit d'une lésion du chiasma, et que cette lésion a son siège dans l'angle antérieur ou à la partie centrale du chiasma; car, ajoute-t-il, si l'affection avait son siège à la partie postérieure du chiasma, elle intéresserait les bandelettes optiques; et aurait produit, au moins à un moment donné, de l'hémianopsie homonyme, ce qui n'a pas été le cas; la maladie ayant toujours suivi une marche envahissante, allant pour les deux rétines de la moitié interne vers la moitié externe. Quant à la nature de la lésion, l'auteur admet une tumeur.

L'hypothèse d'une sclérose en plaques est discutée et repoussée par l'auteur.

De la scissure de singe, par le Dr Mendel (mai 1883).

L'auteur a eu l'occasion d'observer sur le cerveau d'une fille de huit ans, imbécile et épileptique, la séparation du lobe occipital d'avec le lobe pariétal, par une scissure dite scissure simienne. Sander et Fischer avaient signalé la présence de cette scissure chez l'homme. Ils l'avaient observée chez deux idiots; elle aurait été remarquée aussi chez des individus sains d'esprit. L'auteur fait ressortir que pour affirmer l'existence de la scissure de singe, il ne suffit pas d'établir qu'il y a eu séparation du lobe occipital d'avec le lobe pariétal, par une scissure qu'on n'observe pas habituellement; il faut démontrer que cette séparation est due à une scissure qui est chez l'homme l'homologue de la fente qui produit cette séparation chez le singe; car, dit-il, la scissure pourrait être le fait d'une prolongation ou d'une conformation anormale d'un sillon existant normalement chez l'homme. Le meilleur moyen de ne pas faire de confusion, dit l'auteur, est d'étudier d'abord, sur des coupes, la structure du cerveau du singe. A la suite d'études de ce genre, sur un cerveau de singe (*Cynocephalus sphynx*), l'auteur a pu se convaincre que la scissure observée par lui, sur le cerveau de la jeune épileptique, mérite en effet le nom de scissure de singe. Quant au sens pathologique de cette disposition, l'a-

teur estime qu'elle est le résultat d'un arrêt de développement du cerveau; il ajoute que, sans doute, cette disposition observée sur un cerveau ne signifie pas « idiotie »; mais il estime aussi qu'il serait injuste de lui refuser toute signification, par la raison qu'on l'a observée chez des sujets sains d'esprit.

De l'affaiblissement des membres non paralysés dans les cas d'hémiplégie cérébrale; par Rich. Friedlander (juin 1883).

Türk, en 1834, a fait remarquer qu'à côté des dégénérescences secondaires de la moelle qui se produisent consécutivement aux foyers morbides des hémisphères cérébraux, du côté opposé à la lésion cérébrale, on en observe, quelquefois, qui ont leur siège du côté même de l'hémisphère lésé. Le fait établi par Flechsig, à savoir que l'entrecroisement des faisceaux pyramidaux est incomplet, et que les fibres entrecroisées se rendent dans les cordons latéraux, tandis que celles qui ne subissent pas de décussation se rendent dans les cordons antérieurs, donne l'explication des deux variétés de dégénérescences secondaires ci-dessus mentionnées. Brown-Séquard, le premier, a entrepris sur le terrain clinique des recherches sur les conséquences de ce fait anatomique. Il a fait remarquer que, chez les hémiplégiques, les membres non paralysés, sains en apparence, subissent constamment un affaiblissement, lequel du reste est plus marqué pour le membre inférieur. Pitres a vérifié cette assertion sur 40 hémiplégiques, au moyen du dynamomètre de Duchenne de Boulogne, et a formulé en outre l'opinion suivante : « Plus l'hémiplégie est d'origine récente, plus la perte de forces du membre non frappé est grande. »

L'auteur a recommencé les expériences de Pitres, sur 26 hémiplégiques, et, d'après les faits observés, il croit pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° Dans l'hémiplégie cérébrale, la force du membre supérieur non paralysé est considérablement amoindrie ;

2° Dans l'hémiplégie droite, la force du bras non paralysé est amoindrie à un degré plus élevé que dans l'hémiplégie gauche.

3° Le membre inférieur non paralysé subit un amoindrissement de puissance, proportionnel à celui du bras correspondant ;

4° Dans l'hémiplégie droite, la jambe non paralysée subit un affaiblissement plus marqué que dans l'hémiplégie gauche.

5° Dans un certain nombre de cas, les membres paralysés, notamment les membres inférieurs, sont susceptibles de développer plus de force que les membres non paralysés.

L'auteur n'a pas remarqué d'autres troubles de la motilité des membres affaiblis.

Quant aux modifications que la durée de l'hémiplégie apporterait dans le degré d'affaiblissement des membres non paralysés, l'auteur fait remarquer que, si la formule de Pitres, ci-dessus mentionnée, était établie d'une manière indiscutable, il faudrait en conclure que l'affaiblissement est le résultat direct de l'ictus apoplectique et non l'effet des dégénérescences consécutives. Mais il ajoute que les chiffres donnés par Pitres lui semblent mériter peu d'attention, attendu que les mensurations au dynamomètre ont eu lieu deux, cinq, vingt-deux et trente jours après l'attaque d'apoplexie, tandis qu'il faudrait, pour trancher la question, faire des mensurations pendant des années sur des hémiplégiques. Il n'est pas surprenant, ajoute l'auteur, qu'après un bouleversement de l'organisme, pareil à celui que produit une attaque d'apoplexie, le malade soit incapable d'un développement de forces de quelque importance, même dans des membres qui n'ont pas subi un trouble direct d'innervation. Il résulte, du reste, de ses recherches, que, dans des cas d'hémiplégie remontant à vingt et trente ans, il persistait dans des extrémités non frappées, un affaiblissement notable, égal, en général à celui que l'on observe dans les cas récents.

Recherches expérimentales sur le trajet des fibres optiques, depuis les corps genouillés jusqu'aux tubercules quadrijumeaux; par le Dr Bechterew (juin 1883).

Le fait d'un entrecroisement incomplet des fibres des nerfs optiques dans le chiasma ne laisse plus aucun doute, et est démontré expérimentalement. Quant à la disposition de ces mêmes fibres en arrière du chiasma ou plus spécialement dans leurs parcours des corps genouillés aux tubercules quadrijumeaux, elle serait, d'après Gudden, la suivante: « Toutes les fibres optiques, qu'elles aient ou non subi un entrecroisement dans le chiasma, forment le faisceau externe de la bandelette optique, se dirigent vers le corps genouillé externe et le traversent pour se rendre au tubercule quadrijumeau antérieur. Le faisceau interne de la bandelette optique renfermerait spécialement des fibres de la commissure inférieure qui sont sans

rapport avec la fonction de la vue et qui, se rendant au corps genouillé interne, se dirigeraient de là vers le tubercule quadrijumeau postérieur. » L'auteur a cherché à vérifier ce fait anatomique par des recherches expérimentales. Il a été assez heureux pour pouvoir, sur plusieurs chiens, opérer soit la section des fibres optiques dans leur parcours du corps genouillé externe au tubercule quadrijumeau antérieur, soit la destruction isolée des corps genouillés externes. Dans les deux cas les troubles visuels consécutifs à l'opération ont confirmé les données anatomiques de Gudden; c'est-à-dire qu'ils ont été les mêmes que si l'on avait sectionné la bandelette optique du côté correspondant au siège de l'opération.

Un cas d'atrophie unilatérale de la face; par le Dr Mendel (juin 1883).

La littérature médicale mentionne, dit l'auteur, cinquante-sept cas de cette affection. Celui qu'il vient d'observer présente cette particularité, que l'atrophie au lieu d'être limitée à la face, a envahi, à un degré plus ou moins élevé, toute la moitié correspondante du corps. Ce fait n'a été signalé que deux fois jusqu'alors. Il s'agit là, évidemment, d'une lésion centrale des centres trophiques; mais le cas observé ne permet pas à l'auteur de spécifier davantage son hypothèse.

Huitième assemblée des neurologues et médecins aliénistes de l'Allemagne du Sud; par le Dr Laquer (juillet 1883).

Cette réunion a eu lieu les 46 et 47 juin 1883, à Bade : la première séance a été présidée par le professeur Erb.

Le Dr Schultz, de Heidelberg, parle de la pathologie et de l'anatomie pathologique de l'affection décrite par Friedreich, sous le nom d'ataxie héréditaire. Rejetant l'hypothèse d'une sclérose multiple de la moelle et de la moelle allongée (Féré) ainsi que celle d'une affection essentielle du cerveau avec dégénérescence secondaire des cordons postérieurs, il opine pour un processus morbide systématique consistant dans une dégénérescence protopathique des fibres nerveuses. Le terme d'ataxie héréditaire lui paraissant mal choisi, il accepte, avec Brousse et Féré, celui de morbus Friedreichii, pour désigner cette affection.

— Le Dr Starck expose une méthode pour préparer des cerveaux et les rendre durs.

— Le Dr Kohls, de Strasbourg, présente un malade âgé de

vingt-quatre ans, atteint de myosite ossifiante généralisée, et très accentuée surtout dans la musculature dorsale. Le Dr Schultze dit que le mot myosite est impropre, vu que l'ossification a son origine non dans les muscles, mais dans leurs parties ligamenteuses.

Le Dr Erb fait une communication sur l'étiologie du tabes dorsalis. Il avait précédemment, pour 400 cas observés, signalé 88 fois une origine syphilitique. 400 autres cas observés depuis lui font faire les remarques suivantes : L'hérédité directe joue, dans la production du tabes dorsalis typique, un rôle à peu près nul. On peut en dire autant des antécédents névropathiques. La syphilis est la cause la plus commune de tabes dorsalis : sur les 400 cas en question, 94 sont liés à la syphilis, et 9 seulement paraissent n'avoir rien de commun avec une affection spécifique. 62 de ces malades accusent des accidents secondaires; les 29 autres n'avaient eu que des chancres, et 40 d'entre eux avaient été traités par le mercure et l'iodure de potassium. Le rapporteur rappelle les proportions suivantes de syphilitiques trouvés parmi les tabétiques : 93 p. 400 (Fournier), 66 p. 400 (Rumpf), 84 pour 400 (Voigt-Oyenhausen), et 72 p. 400 (Fischer); et il ajoute que sur 4200 malades atteints d'affections diverses, autres que le tabes, on constate une proportion de syphilitiques de 2,75 pour 400 seulement.

Les variations pupillaires, les paralysies des muscles oculaires qui s'observent spécialement chez les syphilitiques ainsi que chez les tabétiques, l'identité d'âge dans lequel se développent les deux affections, leur égale répartition proportionnelle dans les deux sexes, sont autant de preuves qui militent en faveur d'une origine syphilitique du tabes dorsalis. Le rapporteur termine par la conclusion suivante : Le tabes dorsalis est vraisemblablement une affection syphilitique dont le développement et la localisation sont déterminés par certaines causes occasionnelles.

— Le Dr Hitzig présente un cervelet dont l'hémisphère droit est complètement atrophié : l'observation sera publiée ultérieurement.

— Le professeur Furstner rapporte sommairement un cas de syringomyélie qui sera publié en extenso dans le prochain volume des *Archiv. für psychiatrie*, de Wessphal.

— Le Dr Rumpf rapporte l'observation suivie d'autopsie d'un cas de sclérose des cordons postérieurs traité par l'extension

(sanglante) bilatérale des nerfs sciatiques. La mort a eu lieu par suite d'hémorragie médullaire survenue à la suite de l'opération.

— Le Dr Borell Hub montre le cervelet atrophié d'un imbécile (38 ans) qui avait eu des crises d'épilepsie depuis l'âge de dix ans.

— Le professeur Baumler montre la photographie d'une malade atteinte du mal de Basedow. La stupeur du regard, signalée par Groeffe et attribuée par lui au défaut de coordination entre les mouvements des paupières et ceux du globe oculaire, s'observe parfaitement sur cette photographie.

Dr AL. ADAM.

BIBLIOGRAPHIE

Influence de l'esprit sur le corps à l'état de santé et de maladie;
par le Dr D. Hack Tuke. — 2^e édition, Londres, 1884. —
2 volumes.

Le Dr Hack Tuke est trop connu des aliénistes français et, en particulier, des lecteurs des *Annales médico-psychologiques*, pour que nous ayons besoin de nous arrêter aux formalités d'une présentation. Passons donc, de suite, à l'examen du dernier ouvrage qu'il vient de publier, et qui est la nouvelle édition d'un livre paru il y a déjà quelques années. La première édition était en un volume; la seconde est en deux, et ce fait seul montre que, conformément à la formule consacrée, elle est revue et considérablement augmentée.

M. le Dr Tuke s'est proposé d'étudier et de mettre en évidence, dans ce travail, l'influence de l'esprit sur le corps, et de rechercher s'il n'est pas possible de retirer, de cette influence, des effets utiles dans la pratique médicale. C'est, on le voit, un sujet plein d'attraits; sans doute, il a déjà été abordé; mais peu d'auteurs l'ont traité d'une manière scientifique.

Pareil reproche ne saurait être adressé au Dr Tuke; il ne s'est pas contenté, comme la plupart de ses devanciers, de réunir des faits. Il les a classés dans un ordre méthodique, en s'appuyant à la fois sur la psychologie et sur la physiologie; il les a, en outre, interprétés d'après les données de la science moderne et leur a, ainsi, communiqué une valeur toute nouvelle; il a donc fait une œuvre réellement originale.

Les divisions générales de l'ouvrage en donnent une idée complète. Ayant à faire connaître l'influence exercée par l'esprit, l'auteur a commencé par établir qu'il y a trois facultés maîtresses de l'esprit, l'intelligence, l'activité, la volonté; puis, prenant successivement chacune de ces facultés, il a recherché l'influence qu'elles peuvent exercer sur les organes du corps et sur leur fonctionnement. Il est arrivé ainsi, d'une manière naturelle, à étudier l'influence de l'esprit sur les sensations, sur les muscles soumis à l'empire de la volonté, sur les muscles involontaires et les organes qu'ils animent, et, enfin, sur les fonctions organiques.

Le principe qui domine tout le livre, qui en marque le point de départ et le but, c'est qu'en appliquant, en concentrant, d'une manière directe ou indirecte, l'action d'une des facultés de l'esprit sur telle ou telle partie du corps, on peut arriver à en modifier les conditions soit physiologiques, soit morbides. En ce qui concerne l'intelligence, par exemple, si l'on dirige avec énergie l'attention sur une partie déterminée du corps, on arrive à y percevoir des sensations qui, sans cela, auraient passé inaperçues; on peut ainsi exalter ces sensations, de manière à déterminer des perturbations physiologiques, des troubles fonctionnels, qui, à leur tour, dégénèrent parfois en maladies véritables.

Le Dr Tuke ne prétend pas avoir découvert ce principe; il en rapporte la conception à d'autres savants; il cite, à ce propos, Hunter, Unzer, Gall, Proshaska, Laycock, Muller et d'autres; mais on peut dire qu'il s'est approprié le sujet par la manière personnelle dont il l'a présenté et traité.

L'influence des émotions, des passions sur les diverses fonctions du corps est généralement admise; tout le monde la connaît et paraît la comprendre; on sait d'ailleurs qu'elle est soustraite à la volonté. Il est déjà moins aisé de reconnaître l'influence d'un effort de l'attraction; mais il paraît tout à fait difficile de comprendre et d'admettre que la volonté puisse agir sur les organes et leurs fonctions qui, normalement, sont soustraits à son influence. Il semble, notamment, impossible d'obtenir, par un effort de la volonté, que le cœur accélère ou ralentisse ses mouvements; il paraît, cependant, que cela peut se faire, et que certaines personnes y parviennent. On voit aussi se produire, dans des conditions analogues, d'autres phénomènes du même ordre.

Avant tout, M. Tuke s'est justement préoccupé de réunir des faits, et il en a recueilli un grand nombre, qu'il a choisis avec soin et dont il a fait la matière principale de ses trois premiers chapitres. Mais il ne s'est pas contenté de les rapporter; il les a discutés, en y rattachant, à mesure qu'elles se présentaient, les questions se rapportant soit à leur nature propre, soit à leur interprétation physiologique ou psychologique.

Au commencement de chaque chapitre, quelques pages sont consacrées à l'examen des principes purement théoriques. L'auteur y examine ce qu'est l'intelligence, ce qu'est l'attention, ce qu'est l'imagination. Il recherche quelles sont les émotions ou passions qui agissent le plus énergiquement sur

l'organisme ; il étudie la volonté et ses rapports avec l'instinct.

Parmi les questions qui ont demandé les développements les plus étendus, il faut citer : celle relative aux diverses formes d'anesthésie, soit par les agents médicamenteux, soit à l'aide du mesmérisme ou de l'hypnotisme ; la question des expériences si curieuses sur ce qu'on appelle « la lecture de la pensée », expériences qui, très répandues en Angleterre, ont, dans ces derniers temps, fortement attiré l'attention en France, à Paris, à Nancy et ailleurs ; la théorie physiologique du sommeil ; les modifications de la température du corps et des sécrétions, pendant le travail de l'esprit ; l'analyse des manifestations expressives des émotions ; l'innervation du cœur et les phénomènes vaso-moteurs, dans leurs rapports avec les divers états de l'esprit, etc. Cette énumération est loin d'être complète, et il y aurait encore bien d'autres sujets d'études non moins intéressants à mentionner.

Passons à la dernière partie qui présente un intérêt tout spécial. Les influences, les forces que l'auteur a étudiées, dont il a démontré l'existence, mais qui jusqu'à présent passaient pour des forces aveugles, inmaniables, peuvent-elles être dirigées par la volonté, vers l'accomplissement d'un but déterminé ? Ces forces peuvent, on le reconnaît, contribuer à maintenir le corps en bonne santé, ou à provoquer le développement d'une maladie ; mais ne pourrait-on pas, aussi, les utiliser, intentionnellement, pour rétablir l'équilibre de la santé dérangée ? M. Tuke, fidèle à la méthode scientifique qu'il a précédemment suivie, montre que la chose est possible. L'influence de l'esprit est un des moyens thérapeutiques dont le médecin a la libre disposition ; l'intelligence, l'imagination, l'attention, la confiance, les passions, la force même de la volonté, sont autant d'agents que le médecin peut et doit mettre en jeu, tour à tour, pour obtenir la guérison.

Ici se place une question soigneusement examinée par le Dr Tuke et dont nous devons dire quelques mots. Il s'agit de l'emploi du mesmérisme et de l'hypnotisme, comme moyens de traitement. Des malades soumis à ces agents, ont été, cela paraît certain, délivrés de certaines maladies. Faut-il attribuer ce résultat à la disposition morale des sujets, à leur confiance aveugle dans l'efficacité des pratiques auxquelles ils étaient soumis ? Ou bien faut-il admettre que ces pratiques, elles-mêmes, possèdent une force intrinsèque, exercent une influence réelle ? Puis, si cette force existe réellement, se

développe-t-elle spontanément, chez l'individu mesmétrisé, ou bien émane-t-elle de l'expérimentateur? M. Tuke paraît disposé à admettre, dans le mesmérisme et l'hypnotisme, la possibilité d'une force spéciale transmise de l'expérimentateur au sujet; il cite des arguments nombreux en faveur de cette opinion; mais néanmoins sa propre conviction ne paraît pas encore arrêtée, et nous comprenons sa réserve.

Quoi qu'il en soit, certaines guérisons paraissent devoir être, jusqu'à nouvel ordre, attribuées à l'influence de l'imagination du sujet, autrement dit à l'influence des facultés de l'esprit sur le corps. Partant de là, faut-il, comme le propose M. Tuke, introduire l'emploi de l'hypnotisme dans la pratique médicale? Sans doute, les études relatives à l'hypnotisme sont entrées, de nos jours, dans une voie réellement scientifique; sans doute des expérimentateurs habiles ou consciencieux paraissent en avoir retiré des résultats réellement utiles. Mais d'autre part, ces pratiques ne donnent-elles pas encore lieu à bien des manœuvres charlatanesques? ne couvent-elles pas bien des tromperies conscientes ou inconscientes? Ne peut-on pas dire qu'il règne encore trop d'incertitude sur la nature réelle de ces moyens d'action pour qu'il soit bien prudent d'en recommander l'emploi.

Sauf ces réserves que nous présentons nous-même avec discrétion, il convient de rendre pleine justice à l'œuvre de M. le Dr Tuke. Il a nettement prouvé l'influence de l'esprit sur le corps; il a présenté cette étude d'une manière absolument scientifique et en même temps sous une forme très littéraire. La lecture de ce livre est à la fois agréable et instructive; elle augmentera les connaissances de presque tous les médecins, et ne profitera pas moins aux personnes qui, sans être de notre profession, s'intéressent aux problèmes psychologiques. Aussi, après avoir fait l'éloge de la seconde édition anglaise, sommes-nous heureux d'apprendre à nos compatriotes, qu'une traduction française de ce livre sera prochainement publiée à Paris. Nous nous plaisons à espérer que le monde savant et le monde littéraire feront un accueil également favorable à l'auteur et au traducteur.

A. F.

La Pathologie de l'esprit; par Henry Maudsley, professeur de médecine légale à University-College (Londres), traduit de l'anglais par le Dr Germont, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Bibliothèque de philosophie contemporaine. Paris, Germer Baillière et Cie, 1883.

Souvent la traduction d'un ouvrage étranger manque de clarté et la lecture en est difficile, mais on ne peut faire ce reproche à la traduction de M. le Dr Germont. On croirait que la *Pathologie de l'esprit* a été primitivement écrite en français, tant il faut peu d'effort pour s'assimiler les pensées quelquefois abstraites de l'auteur. Nous tenions, avant de commencer cette analyse, à rendre ce juste hommage à l'habileté de M. Germont.

On connaît le professeur Maudsley en France, surtout par son livre *Crime et folie*. Son nouvel ouvrage : la *Pathologie de l'esprit*, qui vient d'être traduit, est la troisième édition de la seconde partie de la *Physiologie et pathologie de l'esprit*, ouvrage qui a paru en 1867 et qui n'a pas été traduit en français. Mais, comme l'auteur le dit dans sa préface, c'est en réalité un nouvel ouvrage, car l'ancienne édition a été entièrement refondue.

M. Maudsley est un médecin philosophe et il professe la doctrine positiviste anglaise. Il faut s'attendre à trouver dans son œuvre plus de psychologie que de clinique. Du moins peut-on dire que son livre est plutôt doctrinal que pratique. Partisan du transformisme, convaincu de la perfectibilité humaine, il envisage la folie d'une façon très élevée. C'est pour lui un phénomène social qui ne peut être compris exactement que si on l'étudie au point de vue social. Voici, en quelques mots, le principe même de sa théorie : Toutes les fois qu'un élément anti-progressif, c'est-à-dire rétrograde, se manifeste dans un individu, dans une famille ou dans une caste, pour peu que cet élément soit persistant, il en résulte des conséquences pathologiques anti-sociales qui apparaissent plus ou moins tôt, chez les individus eux-mêmes ou chez leurs descendants. L'observateur attentif pourra se rendre compte des transformations successives de cet élément rétrograde et il le verra se transformer dans la race en égoïsme, en absence plus ou moins complète d'*altruisme*, en bizarreries de caractère, et, à la fin, il constatera la folie ou le crime, ou les deux déchéances réunies.

On voit qu'il y a dans cette façon de penser quelque chose de la doctrine de Heinroth; dont il n'est pourtant pas fait mention dans l'ouvrage, et il est intéressant de constater que deux auteurs, l'un animiste pur, l'autre positiviste absolu, partis de points diamétralement opposés, arrivent quand même à présenter quelques idées communes.

Dans toutes les parties de la *Pathologie de l'esprit*, on retrouve ce principe de déchéance, puis de dégénérescence héréditaire que nous venons d'indiquer. M. Maudsley y revient constamment et il le présente sous toutes les formes. Il prend ses arguments dans les observations médicales, dans les acquisitions des psychologues positivistes, dans les travaux des médecins anglais et étrangers. Parmi ces derniers, Morel est souvent cité; il est évident qu'il a apporté d'importants matériaux à l'œuvre de l'auteur. Un autre médecin français, Lucas, ne nous a pas semblé être suffisamment apprécié; il est bien cité, mais c'est à propos de détails. En réalité, c'est, croyons-nous, lui le premier qui a nettement enseigné que la procréation était soumise non seulement à la loi d'hérédité, mais encore à la loi d'innéité, et cette loi d'innéité est largement mise à profit par M. Maudsley pour expliquer certains faits importants que l'atavisme n'explique pas. Comment sans l'innéité, par exemple, comprendre l'apparition des hommes de génie si, avec notre auteur et contrairement à M. Moreau (de Tours), on ne croit pas que le génie ait pour condition nécessaire un état morbide des éléments nerveux? Il est certain que Lucas est arrivé à sa conclusion en partant d'une donnée purement théologique fort contestable, mais qu'importe, puisque, scientifiquement, quand un fait est établi par l'observation, il faut l'admettre. La raison qu'on en peut donner, la théorie, est secondaire, elle varie du reste avec l'état des connaissances du moment.

L'esprit du livre de M. Maudsley indiqué, voici le plan qu'il a suivi: d'abord il étudie deux phénomènes physiologiques dont la connaissance aide beaucoup à l'intelligence des phénomènes morbides: le sommeil et le rêve; puis l'hypnotisme et les états analogues. Ensuite il discute longuement sur les causes de la folie et sur les moyens de la prévenir. C'est certainement là la partie essentielle de son ouvrage. Enfin, il s'occupe des symptômes de la folie; de son traitement, des différents groupes cliniques et de l'anatomie pathologique. Il traite dans un chapitre à part l'importante question, au point de vue doctrinal, de la folie chez les enfants.

Dans les chapitres consacrés aux rêves, à l'hypnotisme, au somnambulisme et aux autres états analogues, nous trouvons une analyse très fine des phénomènes du rêve. M. Maudsley fait remarquer que le rêve mis en action doit paraître entièrement semblable à la folie. Il attribue les écarts fantastiques de l'association des idées, l'abstraction du moi, le semblant de réalité de certains rêves à une même cause; la suspension temporaire des liens de l'unité fonctionnelle des centres du cerveau. Il est amené, dans son exposition, à émettre des pensées comme celle-ci : « Nous avons raison de considérer l'esprit comme la » plus haute force de la nature, mais nous avons tort de le » regarder comme une puissance en dehors et au-dessus de la » nature; se suffisant à elle-même, sans rapport de dépendance » ou d'affinité. » — Et comme cette autre : « L'esprit est ca- » pable de ces fonctions intelligentes qui sont l'essence de son » être indépendamment de la volonté et de la conscience... » La potentialité de ces fonctions réside, non dans la con- » science ou dans la volonté, mais dans la qualité plastique du » cerveau. » — Ces deux citations indiquent bien la doctrine philosophique de l'auteur. — Toujours à propos des rêves, il insiste sur ce que les images et les événements d'un rêve pénible ne provoquent pas les sentiments désagréables qu'on éprouve, mais qu'au contraire, ils sont causés par ces derniers. On voit l'application de ce principe à la genèse des illusions de la folie.

Plus loin, M. Maudsley montre que les différents états anormaux appelés hypnotisme, somnambulisme, extase, épilepsie, etc... ont des éléments communs et ne sont que l'exagération ou la déviation morbides d'un phénomène physiologique sur lequel il s'exprime ainsi : « On peut regarder comme une » loi générale que deux centres nerveux de fonction mentale » étant donnés, ils ne peuvent en même temps fonctionner » d'une manière également consciente : si l'un est activement » conscient, l'autre n'est qu'au seuil de la conscience ou n'est » pas conscient du tout. Le centre actif inhibera l'autre. »

Ce qui précède ne constitue pour ainsi dire qu'une série d'arguments en faveur des doctrines que l'auteur expose dans les chapitres suivants. Ces chapitres sont intitulés : *des causes de la folie et des moyens de la prévenir*. — C'est la partie essentielle du livre.

Morel, qui a si bien étudié les causes des dégénérescences de la race humaine, les a divisées en groupes. L'un de ces

groupes renfermé tout ce qui se rapporte au *mal moral*. Et bien, on peut dire que M. Maudsley admet toutes les causes reconnues par Morel, s'il ne les interprète pas toujours de la même façon que lui. En plus, il donne au mal moral le rang prépondérant, ou mieux, il l'érige comme principe initial de toutes les autres causes. Certainement la guerre et la famine provoquent des dégénérescences, mais la guerre et la famine sont ordinairement les conséquences de passions anti-sociales, égoïstes ou autres, et le mal moral se retrouve encore là comme ailleurs au début de la déchéance.

Il serait trop long de suivre l'auteur dans ses divisions des causes de la folie. Il traite l'hérédité morale et morbide; il s'occupe de l'influence de la civilisation; des religions, de l'éducation, etc. Il a soin tout d'abord d'insister sur ce fait que toute cause morale agit en dernier ressort par les changements physiques qu'elle détermine sur les centres nerveux. Il donne à l'hérédité le champ le plus vaste possible. L'homme a quatre natures : sa nature animale, humaine, de famille et individuelle. Or, il est possible de retrouver dans certains cas des traces d'hérédité par atavisme remontant jusqu'à la période ancestrale animale. En avançant cette dernière proposition, nous ne reproduisons pas le texte de M. Maudsley, mais sûrement nous rendons sa pensée; on peut, en effet, lire dans l'étude de la folie dans l'enfance des observations où les malades n'ont pu puiser ailleurs que dans la période animale de l'évolution humaine, la notion latente de certains actes bestiaux et de certaines attitudes bestiales.

Pour ce qui est de l'influence de la civilisation, l'auteur est obligé de reconnaître que notre genre de vie moderne est favorable à l'éclosion de la folie. Tout ne devrait pas consister à faire son chemin dans le monde, ce but unique et absolu de la plupart des hommes d'aujourd'hui. « Les principes de morale » proclamés par les sages de l'antiquité ne sont pas seulement » des rêves d'une imagination inspirée, mais ils sont établis » sur une sincère connaissance des lois de la nature. » Des remarques critiques analogues sont faites à l'égard de l'éducation qui est généralement mauvaise, alors qu'une bonne éducation basée sur les lois de la nature diminuerait chez les uns la prédisposition à la folie et combattrait chez les autres les maux qui accompagnent les bienfaits de la civilisation. Quant aux religions considérées comme croyance au surnaturel, elles ont évidemment été, à une certaine époque de l'humanité,

essentielles au progrès social ; mais, aujourd'hui, elles sont nuisibles parce qu'elles faussent l'esprit et parce qu'elles produisent la faiblesse en diminuant le sentiment de responsabilité : « La » croyance de la nature n'est point un cri d'affirmation per- » sonnelle, mais une résignation sereine ; ce n'est point » l'homme luttant contre l'univers, mais, l'homme faisant partie » de l'univers ; ce n'est point la vie individuelle ayant pour » seul but de s'assurer une immortalité bienheureuse, mais » la vie individuelle subordonnée à la vie générale. — P. 452. »

Nous arrivons là à un passage plus particulièrement médical, c'est celui où sont examinées les conditions immédiates de la folie ; la structure physique des centres nerveux, la distribution du sang, l'activité fonctionnelle excessive, ... les blessures et les maladies du cerveau, les influences sympathiques, etc... Nous ne nous y arrêtons pas. Il s'y trouve bien des données intéressantes et originales et aussi des aperçus ingénieux, mais ce n'est pas le côté technique du livre qui doit nous arrêter.

Les causes de la folie étant connues et expliquées, comme nous venons de le voir, les moyens pour les combattre découlent de la connaissance même du mode d'action de ces causes. On peut les résumer dans ce principe de morale : « S'adapter à son espèce. » C'est-à-dire, ne pas s'isoler dans la nature, cultiver et développer les qualités *altruïques*. La misanthropie n'est habituellement qu'une folie en voie de développement. Le grand résultat de nos efforts dans la vie doit aboutir à une résignation plus ou moins marquée.

La fin du livre comprend l'histoire clinique de la folie et c'est à notre avis, la partie la moins importante. M. Maudsley établit une classification symptomatique de la folie comprenant trois groupes principaux : la folie sans délire, la folie intellectuelle et l'amentia (qui n'est pas la démence, cette dernière entre dans le groupe des folies intellectuelles). Il est bien entendu que c'est là une classification schématique qui ne répond pas exactement aux faits. Les groupes se confondent et se surajoutent ordinairement dans la réalité. Vient alors la description de ces différentes folies, puis l'étude de quelques formes cliniques de maladies mentales, et enfin l'anatomie pathologique et le traitement.

Il nous est resté, de la lecture de cette seconde partie de la *Pathologie de l'esprit*, l'impression que l'auteur s'y montre trop psychologue et pas assez médecin. Nous y avons rencontré des propositions qui choquent les idées médicales françaises

modernes sur l'aliénation mentale. Ainsi, c'est à peine s'il y est question des modifications qui surviennent avec le temps dans le cours des délires chroniques. Mais c'est à propos de la paralysie générale que nous trouvons surtout des doctrines en opposition avec les nôtres. M. Maudsley ne différencie guère cette affection des vésanies vraies, et l'on sent que, pour lui, les lésions anatomiques macroscopiques et microscopiques qui existent dans cette maladie sont le résultat des troubles psychiques au lieu d'en être la cause. Ainsi, il avance qu'il n'y a pas de lésion caractéristique de la paralysie générale, bien que les lésions soient plus constantes et plus marquées dans cette maladie que dans les autres. Dans un autre endroit, il dit : « Il paraît que la dégradation vitale qui se manifeste par la » prolifération du tissu conjonctif et l'atrophie et la destruction » des éléments nerveux, loin d'être particulière à la paralysie » générale, se voit fréquemment dans les cas de folie ayant » eu une longue durée. » Malgré la signification d'importance secondaire que l'auteur attribue aux lésions visibles dans la folie, il n'en est pas moins convaincu que tout trouble psychique a pour cause une défectuosité de son substratum anatomique. Mais le travail normal des cellules nerveuses dont le résultat est la fonction mentale normale est d'une finesse et d'une délicatesse extrêmes. Il se passe dans les éléments nerveux des phénomènes physico-chimiques, des phénomènes vitaux de nutrition dont la trace matérielle n'est pas visible même avec les meilleurs microscopes. Ce sont ces phénomènes intimes qui répondent à tous les actes mentaux. S'ils viennent à se troubler, les actes mentaux correspondants dont ils sont l'essence, en lesquels ils se transforment pour ainsi dire, ces actes mentaux seront évidemment déviés et, pas plus que dans le fonctionnement normal, on ne devra en trouver la trace matérielle. Ce n'est que plus tard, quand la nutrition de l'élément aura souffert depuis longtemps, quand la circulation des parties aura été modifiée consécutivement et d'une façon permanente, qu'on apercevra ce qu'on appelle les lésions anatomiques de la folie. Ce qui revient, en définitive, à dire que, dans la folie, c'est l'élément nerveux qui est atteint primitivement. Mais n'est-il pas logique d'admettre que si les choses se passent souvent de la sorte, elles peuvent aussi se passer autrement et que l'élément nerveux cérébral peut parfois être atteint consécutivement, exactement comme dans certaines myélites, se trouve désorganisé l'élément nerveux médullaire ?

En résumé, comme nous l'avons déjà dit, nous croyons qu'on peut négliger la partie clinique de la *Pathologie de l'esprit* : il restera encore une œuvre remarquable. Il se peut que certaines données transformistes paraissent trop absolues à certains esprits ; mais à la lecture, on voit que, peut-être exagérée, la doctrine de l'auteur peut se passer de ces données et qu'elle n'en reste pas moins entière quand on les supprime. A ceux qui ne partagent pas les idées philosophiques de M. Maudsley, nous dirons que son livre est quand même foncièrement moral et, qu'à défaut de religiosité, on y trouve le culte le plus élevé de la dignité humaine. D^r L. CAMUSET.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— La Colonie de Gheel et le docteur Tucker ; par M. Oudart ; Bruxelles, 1884, br. in-8°.

— Aaertlicher Bericht uber die Wrenabtheilung des Burgerspitals in Basel von Jahre, 1883 ; par le D. L. Wille ; Bâle, 1884 ; br. in-8°.

— Ueber die Prodromalstadium der Psychosen ; par le D^r Em. Riedtmann ; Bâle, 1884 ; br. in-8°.

— Rapports médico-légaux ; par le D^r Henri Bonnet, Châlons, 1884 ; br. in-8°.

— Beitrage zum Studium des Gesichtsausdruckes der Geisteskranken ; par le D^r Oppenheim ; Berlin 1884 ; br. in-8°.

— *Éléments de physiologie générale*, par W. Preyer, professeur de physiologie à Iéna, traduit de l'allemand par Jules Soury ; 4 vol. in-8°, 5 francs. Félix Alcan, éditeur (ancienne librairie Germer Baillière et Cie.) Ce n'est pas une physiologie générale de plus que ce livre : les problèmes les plus élevés de la vie y sont présentés de la façon la plus neuve et la plus philosophique. En même temps que les anciennes conceptions dualistes du monde et de la vie se sont évanouies des esprits, l'idée de l'unité fondamentale de tous les phénomènes naturels y a grandi : la matière n'est plus une masse inerte et inanimée, la vie devient une force naturelle qui, pas plus que les autres forces de l'univers, avec lesquelles elle se transforme, ne peut avoir commencé, la sensibilité et la pensée n'étant que des aspects de la vie, sont des attributs également éternels et infinis de la substance. Ce livre est aussi un manuel exact et précis des faits et des doctrines de la biologie actuelle.

— *Ragione e Pazzia*, par le D^r Aug. Tebaldi ; Milan, 1884 ; 2 vol. in-42.

— Urbain Grandier et les possédées de Loudun ; par le D^r Gabriel Legué ; Paris, 1884 ; 4 vol. in-42.

— *Manual das Doenças mentales* ; par Julio de Mattos, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Coude de Ferreira. 4 vol. in-42 ; Porto, 1884.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Arrêté du 11 août 1884 :

Mutation : M. le D^r LAPOINTE, directeur-médecin de l'asile de Moulins, est nommé directeur-médecin de l'asile de La Roche-Gandon (Mayenne) en remplacement de M. le D^r REVERCHON, nommé directeur-médecin de l'asile de Moulins.

Sont nommés, pour prendre rang à partir du 1^{er} août 1884 :

A la classe exceptionnelle de leur grade (8000) : MM. les D^{rs} ROUSSEAU, DUBIAU et VIRET, directeurs-médecins des asiles d'Auxerre, Armentières (Nord) et Prémontré (Aisne).

A la 1^{re} classe (7000) : MM. les D^{rs} BÉCOULET, directeur-médecin de l'asile de Dôle, et MAX SIMON, médecin en chef de l'asile de Brion (section des hommes).

A la 2^e classe (6000) : M. le D^r Giraud, directeur-médecin de l'asile de Fains.

A la 4^{re} classe de leur grade (3000) : MM. les D^{rs} BESSIÈRE, GUYOT, NOLÉ, et KÉRAVAL, médecins adjoints des asiles d'Evreux, Quatre-Mars-Bailleul et Vaucluse (Seine).

SOUSCRIPTION A LA STATUE DE PINEL.

(Dixième liste).

	fr.
Aerts, médecin en chef à Gheel.	5
Boddaert, professeur à l'Université de Gand.	5
Cuyllis, médecin en chef de l'asile d'Evere.	5
Léon De Rode, médecin adjoint des établissements d'aliénés de Louvain.	5
De Smeth, professeur à l'Université de Bruxelles.	5
J. De Windt, médecin à Alost.	5
Gombault, médecin de S. M. l'impératrice Charlotte, à Meyse, château de Bouchout.	5
Guyod, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Tirlemont.	5
Paul Héger, professeur à l'Université de Bruxelles.	5
B.-C. Ingels, médecin en chef de l'Hospice-Guislain à Gand (2 ^e souscription)	5
Lefevre, professeur à l'Université de Louvain.	5
Lefebvre, médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Menin.	5
Jul. Morel, médecin adjoint de l'asile des femmes aliénées, Président de la Société, à Gand.	5
Otten, médecin adjoint des asiles d'aliénés de Saint-Trond.	5

A reporter. . . 70

	<i>Report.</i>	
Oudart, inspecteur général des établissements d'aliénés du royaume	5	70
Peeters, médecin en chef à Gheel	5	
Saey, médecin adjoint de l'asile St-Dominique à Bruges	5	
Semai, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Mons	5	
Soleil, directeur de l'asile Saint-Dominique à Bruges	5	
Stobbaerts, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Malines	5	
Valcke, médecin en chef de l'asile Saint-Dominique à Bruges	5	
Vandenvyn, médecin adjoint de l'asile d'aliénés d'Evere	5	
Van de Vyver, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Menin	5	
Aug. Vermeulen, médecin en chef de l'asile des femmes aliénées et du Strop à Gand	5	
Verriest, professeur à l'Université de Louvain	5	
Wallaert, médecin à Courtrai	5	
Wibo, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Lede	5	
Authieunis, médecin en chef des asiles d'aliénés de Saint-Nicolas	5	
Berchem, médecin en chef de l'asile d'aliénées de Saint-Roch à Anvers	5	
Descamp, ex-médecin de l'hôpital de Bavière et de l'asile provisoire d'aliénés à Verviers	5	
Desguin, vice-président de la Société, médecin à Anvers	5	
C. Verstraeten, médecin, membre du Comité local d'inspection à Gand	5	
D ^r Ch. Verheeke, médecin à Hoboken près Anvers	5	
TOTAL	465	
Liste précédentes	24.935	
TOTAL GÉNÉRAL JUSQU'À CE JOUR	25.400	

AVIS

Nous annonçons à nos lecteurs la mise en vente de la *Table générale et alphabétique des Annales*, de l'année 1867 à 1880. Ce travail a été fait avec le plus grand soin par notre collaborateur M. le D^r Régis.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE



Compendium de la législation relative aux aliénés. — Manuel pratique de médecine mentale. — Effets de la thyroïdectomie sur les animaux. — Une nouvelle cause d'aliénation mentale. — Mort de M. le D^r Bruggerolle, sénateur.

« J'ai préparé et fait imprimer, pour le distribuer gratuitement, un volume de plus de onze cents pages, qui contient toutes les lois relatives aux aliénés, actuellement en vigueur aux Etats-Unis, ainsi que les plus importantes lois spéciales de l'Angleterre, du Canada, de France, d'Allemagne, etc.

« Cette publication, en présentant ainsi la réunion du plus grand nombre des lois relatives aux aliénés, telles qu'elles sont appliquées dans les pays les plus civilisés, permettra à chaque Etat, et à chaque nation, d'examiner sa propre législation, de la comparer à celle des autres Etats, et, s'il y a lieu, de la compléter ou de la perfectionner. »

Telles sont les premières lignes d'une circulaire dont M. Harrison, ancien Président du Conseil des Etablissements

de charité publique de Pensylvanie, aux États-Unis, accompagne l'envoi d'un magnifique volume, dont le titre exact est *Legislation on Insanity*, et qui a été imprimé à Philadelphie en 1884, sans être mis dans le commerce.

Il y a donc lieu de signaler, de la part de M. Harrison, un double acte de munificence; d'abord, il a fait seul les frais d'une publication très dispendieuse, ensuite il distribue libéralement cet ouvrage aux personnes que le sujet peut intéresser, lorsqu'il eût été très naturel de le propager par la voie habituelle du commerce. M. Harrison a droit, on le voit, à toute la reconnaissance de ceux qui s'intéressent à la cause des aliénés, et plus particulièrement de ceux entre les mains desquels son livre est parvenu; nous lui adressons, personnellement, nos sincères remerciements.

La partie de beaucoup la plus considérable du volume, et la plus intéressante pour nous, est celle qui reproduit la collection complète des lois des États-Unis sur les aliénés; elle remplit, seule, huit cent quarante pages d'un texte parfaitement imprimé, et nous devons admettre que les documents qui la composent sont exactement reproduits; ce n'est d'ailleurs qu'une compilation, qu'un répertoire utile à consulter, surtout pour savoir quelles sont les différentes solutions données à telle ou telle question, dans les différentes parties de la vaste Union Américaine.

Il y a pourtant une partie originale dans l'ouvrage, c'est la préface. M. Harrison y expose les motifs qui sont de nature à intéresser l'opinion publique au perfectionnement des soins dont les aliénés doivent être l'objet, et il y signale les abus nombreux auxquels, d'après lui, ces malades seraient encore exposés. Dans ses assertions à cet égard, l'auteur nous paraît bien sévère pour le corps médical. Il parle, il est vrai, d'un pays que nous ne connaissons pas, et nous n'avons nullement la mission de défendre les médecins américains, aliénistes ou autres, contre les appréciations d'un de leurs compatriotes qui est certainement

animé d'excellentes intentions. Mais nous ne pouvons nous empêcher d'exprimer la conviction que ce philanthrope est trop disposé à généraliser ce qui ne peut être, partout, nous voulons le croire, que tout à fait exceptionnel.

« Le système de soins et de traitement qui est en vigueur dans tous les hôpitaux d'aliénés, dit-il, a pour résultat d'isoler complètement, de toute relation avec les personnes raisonnables, toutes les classes de malades qui y sont placées, et de les soumettre entièrement au bon plaisir du personnel de l'hôpital. Le médecin-directeur, d'après les lois presque généralement en vigueur dans ce pays, et qui l'étaient il y a encore peu de temps dans cet État, possède un pouvoir despotique sur la liberté individuelle de tous ceux qui ont été régulièrement placés dans son asile; et cela va au point de justifier la détention d'un homme, sain d'esprit, pendant la totalité de son existence, sans qu'un si énorme préjudice entraîne aucune responsabilité pour celui qui en est l'auteur. »

Un pareil jugement pèche trop évidemment par l'exagération pour qu'il y ait lieu de lui opposer une réfutation en règle. Nous ignorons l'accueil dont il a pu être l'objet en Amérique; mais nous sommes persuadé qu'aucune des personnes réellement au courant de la question, ne serait disposée à l'accepter comme exact, en ce qui concerne la France et les autres pays de l'Europe.

La partie du livre de M. Harrison, consacrée aux documents étrangers, est naturellement moins complète que celle qui se rapporte à l'Amérique. Les lois anglaises cependant, quoique abrégées, y remplissent près de deux cents pages; mais il n'est pas dit un mot des lois spéciales de l'Irlande et de l'Ecosse, qui sont tout à fait distinctes de celles de l'Angleterre proprement dite, et qui, celles de l'Ecosse au moins, leur sont considérées comme supérieures à bien des égards.

La loi française du 30 juin 1838 est reproduite en entier,

ainsi que l'ordonnance royale du 48 décembre 1839, improprement désignée sous le titre de loi.

En ce qui concerne la Belgique, on ne trouve que quelques extraits de la loi du 48 juin 1850, sans qu'aucune allusion soit faite à la revision très importante dont cette loi a été l'objet en 1874.

En Allemagne il n'y a pas de loi générale sur les aliénés, mais seulement des règlements spéciaux à certaines Provinces ou à certains établissements, auxquels on a fait des emprunts, peut être trop longs. Il n'est fait aucune mention des lois spéciales de Hollande, de Danemark, de Suède, de Norwège, de Suisse, etc.; la Russie figure pour quelques articles du Code pénal de 1847 relatifs aux aliénés dits criminels.

Le volume se termine par le nouveau projet de loi soumis aux chambres de Pensylvanie, sur la proposition d'une commission dont l'auteur, M. G. Harrison, faisait partie. Ce projet est aujourd'hui voté.

Le livre dont nous venons de parler, tout intéressant qu'il est, ne s'adresse qu'à un public restreint, celui des législateurs, des administrateurs, et des médecins spécialistes qui peuvent être appelés à fournir des éléments pour la confection des lois. Il en est tout autrement d'un joli petit volume, élégamment relié, récemment paru sous le titre de *Manuel pratique de Médecine mentale*.

Ce dernier ouvrage, au contraire, s'adresse « aux élèves
« qui désirent acquérir rapidement les connaissances néces-
« saires pour terminer convenablement leurs études, et aux
« praticiens qui veulent y prendre des renseignements indis-
« pensables pour ceux qui, mis en présence d'un aliéné,
« n'ont pas toujours la possibilité de recourir aux lumières
« d'un spécialiste; comme il est facile de le faire dans les
« grands centres scientifiques. » Tel est du moins le rôle
que lui assigne, dans sa préface, M. le professeur Ball, sous

le patronage duquel il a été composé par son ancien chef de clinique, M. le Dr Régis.

Nous nous associons à M. Ball pour souhaiter à ce livre « une heureuse fortune dans la littérature médicale; » il la mérite par le soin consciencieux avec lequel il a été composé, par la clarté du style, par la bonne méthode suivie, et par les efforts faits pour traiter, sous une forme succincte et concise, les sujets si multiples qui rentraient dans son cadre. M. Régis, du reste, dont les travaux originaux sont déjà nombreux, tout en s'inspirant de l'enseignement officiel de son maître, est loin d'en avoir fait une copie servile; il s'écarte même de ses idées sur plus d'un point; aussi a-t-il pu dire, à bon droit, qu'il a tenu à ce que son manuel eût sa note personnelle. Il a réussi et nous l'en félicitons.

La question des effets de l'absence ou de l'ablation de la glande thyroïde, sur les fonctions des centres nerveux, reste à l'ordre du jour en Suisse; et même, aux observations cliniques des chirurgiens, s'ajoutent les expériences de la physiologie. Le professeur Schiff, de Genève, a publié dans la *Revue médicale* de la Suisse Romande (février et août 1884) les résultats d'un grand nombre de thyroïdectomies, totales ou partielles, qu'il a pratiquées chez les chiens, les chats, les lapins et les rats. Ces deux dernières espèces d'animaux survivent très bien à l'excision complète de la glande thyroïde, exécutée en une seule fois; par contre les chiens et les chats, auxquels on pratique la thyroïdectomie complète, succombent à peu près tous; sur soixante chiens opérés un seul a survécu. Ils supportent, au contraire, l'opération lorsque les deux moitiés de la glande sont enlevées à des époques différentes, et il suffit que les deux opérations partielles soient séparées par un intervalle de huit à dix jours, pour que les animaux survivent; la cause de ces phénomènes ne paraît pas encore connue; les animaux qui

succumbent présentent des troubles profonds du système nerveux : les uns tombent dans un état de somnolence qui se prolonge jusqu'à la mort ; les autres sont au contraire très excités et ils peuvent présenter des spasmes musculaires analogues au tétanos. Bien des obscurités, on le voit, enveloppent encore cette question qui appelle de nouvelles études. (V. *Semaine médicale* du 4 septembre 1884.)

L'été de 1884 a vu se réunir un grand nombre de Congrès scientifiques, et plus particulièrement médicaux, dans plusieurs desquels la médecine mentale a joué un rôle qui n'a pas été sans importance ; un article spécial des *Annales* fera prochainement connaître ce que les principaux de ces Congrès ont présenté de plus intéressant pour les médecins aliénistes. Mais en attendant, et sans porter préjudice à celui de nos rédacteurs qui traitera ce sujet *de visu et de auditu*, on nous permettra de présenter quelques réflexions, à l'occasion d'une communication faite au Congrès d'hygiène de La Haye, bien qu'elle ne nous soit connue que par les comptes rendus des journaux ; il s'agit d'un rapport rédigé par M. le professeur Layet, de Bordeaux, sur une question qui avait été insérée au programme du Congrès et que voici :

De la restriction volontaire de la natalité au point de vue de ses conséquences individuelles et sociales.

La question, a-t-on fait remarquer, est quelque peu délicate ; il ne serait pas moins vrai, croyons-nous, de dire quelle est, par-dessus tout, obscure. On sait bien que les ménages français ont, en moyenne, moins d'enfants que les ménages de la plupart des nations étrangères ; on sait que notre natalité est malheureusement faible, et l'on a remarqué que nos départements les plus riches sont précisément ceux où les familles sont le moins nombreuses ; on en conclut, assez généralement, que la volonté des conjoints n'est pas étrangère à ce fâcheux résultat, et qu'ils obéissent,

en cela, au désir d'assurer le bien-être de leurs descendants, en évitant que l'héritage, qu'ils ont à leur laisser, ne soit morcelé en trop de petites parts.

Il ne serait pas difficile, croyons-nous, de discuter même ces données, et de se demander si d'autres causes que la restriction volontaire n'expliquent pas la faiblesse de la natalité française. Admettons cependant que cette cause ait une part, et même si l'on veut, une large part dans le phénomène en question. Il restera encore à se demander si l'on a pénétré assez loin dans l'intimité des procédés qui le produisent, c'est-à-dire dans ce que la vie privée des citoyens a de plus secret et de plus mystérieux, pour être à même d'appliquer la statistique à ce sujet scabreux et pour prétendre en connaître les conséquences individuelles? Il y a lieu de penser que le Rapporteur, avant d'aborder une pareille question, a pu l'étudier à fond, et qu'il s'est assuré, par l'analyse de faits réels et multipliés, qu'il pouvait en parler en connaissance de cause. Malheureusement, il n'a pas mis le public au courant de ses études préparatoires, et sans faire connaître les éléments sur lesquels il pouvait s'appuyer, il s'est contenté de produire de simples assertions sans faits à l'appui, sans preuve aucune.

Nous n'aurions sans doute pas relevé ce que cette manière de procéder laisse à désirer, au point de vue de la démonstration scientifique, si l'une des principales assertions du Rapporteur n'était en relation intime avec notre spécialité, et ne tendait à introduire une cause de plus dans le chapitre déjà si riche, ne pourrait-on pas dire déjà si confus et si incertain, de l'étiologie des maladies mentales. Pour M. Layet, les pratiques tendant à réduire la fréquence des conceptions seraient une cause fréquente de folie.

Voici, nous le croyons du moins, une idée nouvelle dont vont sans doute s'enrichir les ouvrages techniques et les questionnaires relatifs aux antécédents des malades que

l'on amène dans les asiles ; mais avant de lui accorder droit de cité dans la science, n'importerait-il pas de s'assurer de sa réalité ? Or, pour avancer une pareille nouveauté, M. Layet a-t-il réuni des observations individuelles plus ou moins nombreuses ? Cela est possible, mais nous avons eu le regret de constater qu'il n'en citait aucune, qu'il n'y faisait même aucune allusion. Pour justifier son innovation, il se contente d'un rapprochement statistique que voici :

« M. Layet a comparé, entre eux, les chiffres des aliénés dans les asiles, et ceux de la natalité des départements, et a trouvé que, dans les neuf départements où les époux ont le moins d'enfants, la proportion des aliénés séquestrés, par rapport à la population, est la plus élevée. C'est le contraire pour les neuf départements où les époux ont le plus d'enfants. » Cette phrase doit exprimer exactement l'opinion du Rapporteur, car nous l'empruntons textuellement à la *Revue sanitaire de Bordeaux et du Sud-Ouest* (15 septembre 1884, p. 465), journal dont M. Layet est le rédacteur en chef.

Ainsi voici qui est bien nettement dit ; dans certains départements il ne naît pas beaucoup d'enfants et il y a beaucoup de fous séquestrés ; donc on devient fou parce que l'on s'applique à ne pas avoir d'enfants, ou bien, les enfants que l'on a, malgré soi, deviennent fous. Il n'aurait pas été inutile, ce nous semble, de donner la liste de ces départements, car elle n'aurait pas manqué de fournir des éléments utiles à la discussion. Quoi qu'il en soit, pour mettre la chose hors de doute, il aurait fallu, à notre avis, des arguments plus rigoureux, et il ne suffisait pas de constater les deux faits pour établir, entre eux, la relation de cause à effet que M. Layet croit avoir démontrée. N'a-t-il pas réfléchi que l'interprétation donnée par lui, à la statistique qu'il invoque, est loin d'être la seule que l'on puisse proposer ? Que répondrait-il à celui qui, renversant les termes du rapport, lui dirait : N'est-ce pas parce qu'il y a

beaucoup de fous séquestrés dans tel département qu'il n'y naît pas beaucoup d'enfants ? Nous pensons que ce raisonnement ne serait pas plus juste que celui fait par M. Layet, et nous nous gardons bien de le prendre à notre compte ; mais nous ne voyons pas en quoi il serait moins spécieux, ni pourquoi il serait moins facilement accepté.

Mais voici une troisième interprétation qui aurait peut-être plus de droits à la confiance. Les départements les plus riches sont ceux où la natalité est la plus faible. Or ce sont aussi ceux qui font les plus fortes dépenses pour l'organisation de l'assistance publique, ceux où l'on rencontre les asiles les plus importants, et où par conséquent, il y a le plus d'aliénés séquestrés ; ce sont aussi ceux où le commerce, l'industrie sont le plus développés ; ceux où le peuple peut le plus facilement commettre des excès de boissons et autres qui déterminent la folie. Ne sont-ce pas là des faits variés, que l'on peut considérer comme concomitants ou parallèles, sans que, pour cela, tous, soient forcément les uns causes et les autres effets ? En résumé, l'assertion produite par M. Layet serait intéressante, si sa réalité était démontrée ; mais il nous pardonnera, nous l'espérons, de dire que la démonstration reste à faire.

M. Brugerolle, Sénateur du Cantal, récemment décédé à Massiac, était docteur en médecine, et sa mort prématurée ne peut manquer d'inspirer de vifs regrets à tous ceux qui connaissent le rôle actif joué par lui, dans la Commission sénatoriale chargée des études relatives à la revision de la loi du 30 juin 1838. Le D^r Brugerolle avait été nommé Sénateur depuis peu ; il n'était âgé que de quarante-deux ans ; aussi avait-il fait partie, comme secrétaire d'âge, du bureau provisoire de la Chambre haute. Il s'intéressait depuis longtemps à la question des aliénés, et, comme conseiller général de son département, il avait été à plusieurs reprises chargé d'études spéciales sur l'organisation de ce

service. Lorsque le gouvernement présenta au Sénat son projet de revision, le D^r Brugerolle se trouva tout indiqué pour faire partie de la Commission chargée d'examiner ce projet, et cette Commission le nomma son Secrétaire. Dans cette situation, qui convenait parfaitement à ses goûts et à ses aptitudes, il mit le plus grand zèle à compléter, par des études de tout genre, ses connaissances théoriques et pratiques, sur les questions si multiples dont la Commission sénatoriale a eu à s'occuper ; il a fait partie de la délégation qui, en octobre 1883, a visité de nombreux asiles en Belgique, en Angleterre et en Écosse et qui a étudié, sur place, les institutions spéciales de ces différents pays. Malheureusement, la santé du D^r Brugerolle était depuis longtemps compromise, et ce n'est qu'à force d'énergie morale qu'il pouvait tenir tête aux atteintes de la maladie. Il fut obligé de garder l'appartement pendant une grande partie de l'hiver dernier, et, à son grand regret, il ne put pas être exact aux séances de la Commission ; mais toutes les fois qu'il y assistait, il prenait une part très active aux discussions, et à la défense des intérêts, si intimement liés, des aliénés et des médecins aliénistes. Il n'est pas douteux qu'il n'eût soutenu chaleureusement les mêmes principes, s'il avait pu assister à la discussion publique du projet de loi, et si sa santé lui avait permis d'y prendre la parole. Sa mort prive la cause des aliénés d'un avocat convaincu et éclairé ; elle laisse à ceux qui ont eu le plaisir de le connaître, même peu de temps, les vifs regrets dus à la mémoire d'un confrère très bienveillant et sympathique à tous égards.

A. F.

Pathologie

DES

DÉGÉNÉRESCENCES PSYCHO-CÉRÉBRALES

DANS LES MILIEUX RURAUX

ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE

Par M. le Dr CULLERRE

Directeur-médecin de l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon.

Frappé du nombre vraiment considérable d'aliénés que certaines communes du département de la Vendée envoient depuis quelques années à l'Asile que je dirige, je résolu de rechercher à quelles causes attribuer un pareil phénomène.

On connaît le rôle important que jouent les milieux urbains dans la production des maladies mentales. Les influences multiples et complexes qui amènent cette prépondérance sont assez bien définies et généralement admises. « Les villes, dit un auteur (1), attirent les talents, les capacités, toutes les forces vives de la nation et produisent « par cette sélection des générations intelligentes et civilisées, mais névropathiques et stériles. » La raison de ces générations névropathiques, il faut la chercher dans le

(1) Jacobi, *Etude sur la sélection dans ses rapports avec l'hérédité chez l'homme*. Paris, 1881.

surmenage cérébral, l'ardeur de la lutte pour la vie, les excès de toutes sortes, la débauche.

Les causes qui engendrent les maladies psycho-cérébrales dans les milieux ruraux sont moins connues et surtout moins étudiées. On s'imagine volontiers que la santé intellectuelle et morale s'est réfugiée aux champs, comme on croyait jadis qu'avait fait la vertu. C'est le même préjugé, revêtu seulement d'une forme moins sentimentale et plus moderne. La vérité, c'est que les fous, les individus atteints de dégénérescences psycho-cérébrales, ne pullulent guère moins dans certaines campagnes que dans les villes. A la sélection des intelligences qu'opèrent les villes et dont nous connaissons les funestes résultats, nous serions tenté d'opposer la sélection des débilités psychiques qui s'opère dans certaines campagnes, et dont les résultats ne sont pas moins déplorables.

Limitant nos recherches au département de la Vendée, où les villes sont rares et peu importantes et où par conséquent la population est presque exclusivement rurale, nous avons essayé cette étude des dégénérescences psychiques, au point de vue de leur fréquence et des causes qui les déterminent.

Les résultats que nous avons obtenus nous ont paru intéressants, et susceptibles, dans une certaine mesure, de généralisation. C'est ce qui nous a engagé à les consigner dans ce travail.

I

Pour l'intelligence de ce qui va suivre, nous sommes obligé de présenter d'abord quelques notions succinctes sur la contrée qui nous occupe.

Le département de la Vendée n'est homogène à aucun point de vue: la nature du sol, le climat, la race, les mœurs diffèrent suivant les régions, qu'on distingue habituellement en Bocage, Plaine et Marais.

Le Bocage, qui tire son nom de l'aspect de la contrée, divisée à l'infini en champs entourés de fortes haies plantées de grands arbres, « occupe la partie septentrionale du « département et s'étend de l'est à l'ouest, depuis la rive « gauche de la Sèvre-Nantaise, jusqu'au Marais occidental, « et plus au midi depuis la limite du département jusqu'au « bord de la mer (1) ». Le pays est accidenté; on y voit à l'est deux chaînes de collines granitiques. Sauf en quelques points, le sol s'étend sur un banc de terre glaise compacte très épais, reposant immédiatement sur la roche schisteuse et granitique, ce qui le rend imperméable.

Le Bocage est la plus étendue des régions du département : il comprend tout l'arrondissement de la Roche-sur-Yon et s'étend sur une partie des deux autres.

Le domaine de la Plaine est plus restreint : il est compris entre le Bocage, le Marais méridional et les limites du département. Le sol, nu et plat, y repose sur un fond calcaire, ce qui, outre l'aspect, le différencie notablement du Bocage. La ville de Fontenay en est le centre.

Le Marais méridional, pays plat et bas, naguère recouvert par la mer, sillonné de canaux et de fossés destinés à l'écoulement des eaux, souvent inondé, s'étend sur les rives de la Sèvre-Niortaise, sur celles du Lay et sur celles du golfe de l'Aiguillon.

Le Marais occidental, où l'on trouve des marais salants, forme la partie de l'arrondissement des Sables-d'Olonne qui touche à la Loire-Inférieure. Il occupe une superficie de 30,000 hectares et s'étend sur quinze communes.

Les origines ethniques des habitants de la Vendée sont très obscures.

La population du Bocage est très vraisemblablement is-

(1) Cayoleau et de la Fontenelle de Vaudoré, *Statistique ou description générale du département de la Vendée*. Fontenay et Paris, 1844.

sue de l'ancienne race celtique. Si l'on consulte la carte ethnographique de France que donne le Dr Lagneau dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, on y voit que la région dont nous parlons forme un noyau figuré comme habité par les descendants purs des Celtes. Cette question ne saurait être discutée ici en détail; mais l'opinion que soutient cet anthropologiste nous paraît devoir être acceptée.

Les habitants de la Plaine ne semblent pas, au point de vue de la race, différer sensiblement de ceux du Bocage; ils sont, eux aussi, considérés comme de souche celtique mais moins pure, plus mélangée.

La population du Marais méridional a donné lieu à diverses hypothèses. « Quelques historiens et ethnographes, dit le Dr Lagneau, ont pensé retrouver les descendants des Alains, des Théifales, dans les Colliberts de Maillezaïs et des marais mouillés de la Sèvre-Niortaise et du Lay, dans ces pêcheurs que Dufour, Abel Hugo, M. Francisque Michel paraissent plus disposés à regarder comme les descendants vraisemblablement de race celtique des anciens Angasinates Cambolectri, indiqués par Pline (1). »

D'après MM. Lagardelle et Hamy, ces hutteurs du Marais, par leur conformation crânienne tantôt brachycéphale, tantôt dolichocéphale, par leurs yeux bruns, rarement bleus, par leurs cheveux châtain, quelquefois blonds, semblent témoigner qu'ils sont issus d'éléments ethniques multiples (2).

Les habitants du Marais occidental semblent descendre d'une race du Nord, peut-être de Normands. « La constitution physique des habitants du Marais, très distincte de celle de leurs voisins du Bocage, indique une longue

(1) *Dict. Encyclop. des Sc. méd.*, 4^e série, T. IV., page 793.

(2) *Loc. cit.*

« séparation de race entre les deux pays, et témoigne que
« le Marais a dû être habité antérieurement aux dates his-
« toriques que nous avons pu nous procurer... Ainsi, tan-
« dis que l'habitant de la Garnache, de Falleron, de Saint-
« Christophe est petit, maigre, basané, nerveux et actif,
« celui du Marais, grand, corpulent, d'un teint clair, avec
« des cheveux souvent blonds ou roux, est d'un naturel
« lymphatique et indolent... La population de l'île de
« Bouin, en particulier, blonde, blanche, de haute stature,
« n'a rien de commun avec celle des coteaux environnants,
« tandis qu'elle a physiquement tous les caractères d'une
« peuplade du Nord (1). »

Enfin, nous retrouvons, chez les habitants des Sables-d'Olonne, des indices qui permettent de supposer que cette population d'un aspect si particulier est d'origine ligure. « La ville des Sables d'Olonne, dont la population
« diffère notablement de la population circonvoisine, au-
« rait été fondée, ainsi que le rappelle Roget, baron de
« Belloguet, par des pêcheurs basques ou espagnols (2). »

Nous ajouterons, pour terminer ce rapide exposé, quelques mots au sujet du climat, de l'hygiène, des mœurs et des maladies. Outre les renseignements puisés dans l'ouvrage de Cavoleau déjà cité, nous en avons recueilli un grand nombre auprès de médecins habitant les diverses régions du département.

Le climat est, à peu de chose près, le même pour toute la Vendée; l'air est très humide, et les alternatives de chaleur et de froid brusques, si fréquentes, favorisent le développement des maladies de poitrine.

« Les scrofules, les ulcères cancéreux et la folie sont des
« maladies communes dans la ville des Sables. La dernière
« attaque particulièrement les femmes qui mènent une vie

(1) Cavoleau, *loc. cit.*, p. 124.

(2) *Dict. Encycl. loc. cit.*, page 633.

« sédentaire; et ce n'est pas sans motif qu'un savant médecin en attribue la cause à la crédulité et à la superstition, suite d'une grande sensibilité dans le système nerveux (4).

Disons tout de suite que ces dernières particularités morales ne sont point l'apanage des Sablais, mais qu'on les retrouve chez presque toutes les populations du département. L'habitant du Bocage est voué, lui aussi, à une crédulité et à des superstitions dont on ne peut se faire une idée. L'auteur que nous venons de citer dit, à ce propos : « L'habitant du Bocage, bon mais simple et ignorant, ou « dédaigne les secours de la médecine, ou livre aveuglément sa confiance à des charlatans grossiers qui le « trompent. »

Les habitants du Bocage, plus petits que ceux de la Plaine, ont une hygiène des plus primitives; « ils ne se « lavent jamais le corps. Leurs habitations sont peu aérées, ou du moins présentent peu d'ouvertures; heureusement que la clôture des portes et fenêtres est très peu « hermétique et qu'ainsi l'air a partout un libre accès. Cependant les habitations exhalent souvent de très mauvaises odeurs; ce qui tient à la malpropreté des habitants, « qui y entrent sans même essuyer à la porte leurs chaussures imprégnées de fumier. Les fumiers sont presque « toujours placés en face ou près des maisons, devant lesquelles il y a souvent des flaques d'eau croupissantes « mélangée à des matières animales en décomposition. La « nourriture des fermiers est presque exclusivement végétale. Comme maladies communes, on observe des bronchites, des pneumonies, des pleurésies, des fièvres intermittentes, l'alcoolisme. Les fermiers boivent sec quand « ils récoltent du vin (2). » Les épidémies sont assez rares,

(4) Cavoleau. *loc. cit.*

(2) Communication du Dr M:..

ce que le Dr Mignen, de Montaigu, attribue à l'élévation générale de la contrée et à la constitution géologique du sol. Dans sa région, ce confrère remarque depuis un certain nombre d'années une légère amélioration dans la nourriture des habitants, qui tendrait à devenir plus animalisée.

Les conditions de la Plaine sont beaucoup plus satisfaisantes. « Depuis une trentaine d'années, dit le Dr Pillaud, « de Sainte-Hermine, l'hygiène et la nourriture se sont « beaucoup améliorées. Les logements sont confortables, « bien aérés, les vêtements suffisants, la nourriture saine : « tout le monde mange du pain blanc et un peu de viande. « Le vin, les années ordinaires, se récolte en assez grande « abondance pour la consommation de chacun. » Les maladies de poitrine sont assez fréquentes, ainsi que les fièvres intermittentes aiguës et chroniques.

Dans le Marais méridional, selon le Dr Fleury, de Chaillé-les-Marais, « l'hygiène et la nourriture sont de beau- « coup supérieures à tout ce qu'on peut voir dans le reste « du département. » Les habitations sont confortables et bien meublées, l'usage de la viande est général et celui du vin assez répandu. La race est éminemment lymphatique, grande, bien équarrie mais molle et polysarcique, avec une tendance prononcée à la scrofule et à la chlorose. En fait de maladies, on trouve des fièvres intermittentes, mais jamais sous la forme pernicieuse ; jamais d'épidémies.

Au temps où écrivait Cavoleau, le sort des habitants du Marais était des plus précaires et il fait un tableau fort sombre de leur situation. Nous venons de voir les changements opérés dans le Marais méridional ; voyons dans quelle situation se trouve la population du Marais occidental.

« Les habitants de Bouin, nous écrit le Dr Pelletier, sont « des gens bien conformés, de taille généralement élevée, « bien pris, intelligents, sachant presque tous lire et « écrire. La plus grande partie se livre à la culture des

« terres et vit dans une grande aisance. Il y a vingt-cinq
« ans personne ne buvait de vin, mais depuis que l'aisance
« s'est infiltrée parmi les campagnards, presque tous ont
« du vin chez eux. Il y a peu de malades, moins, bien
« moins que dans les pays environnants; quelques fièvres
« pendant les chaleurs de l'été et de l'automne. Depuis
« vingt-cinq ans, j'é constate que leur nombre va en dimi-
« nuant d'année en année. Cette diminution tient aux con-
« ditions hygiéniques, qui sont complètement changées.
« Les gens sont mieux logés, mieux vêtus, mieux nourris
« qu'autrefois. » Mais il nous faut ajouter, pour être exact,
que cette description ne saurait s'appliquer à toute la ré-
gion du Marais occidental; car en certains autres points on
y trouve des populations aussi arriérées qu'en aucun en-
droit du département.

II

Nous allons maintenant étudier les diverses parties du département au point de vue de la fréquence des dégénérescences psycho-cérébrales.

L'asile ayant été ouvert le 1^{er} janvier 1853, nous avons relevé le lieu de naissance de tous les malades admis quel que soit leur mode de placement, depuis cette époque jusqu'au 31 décembre 1882, et nous avons ainsi obtenu le nombre d'aliénés envoyés par chaque commune du département pendant cette période de trente années. Pour quelques-uns des malades admis, il nous a été impossible de retrouver le lieu de naissance, et nous avons dû les laisser de côté; toutefois leur nombre est si minime, que cette lacune n'a pu introduire dans nos calculs aucune cause importante d'erreurs.

La quantité d'aliénés envoyée par chaque commune ainsi connue, nous l'avons comparée au chiffre de sa population. Pour cela, prenant la période de trente ans comme unité de temps, nous avons cherché quelle était, pour mille ha-

bitants, la proportion d'aliénés fournie par chaque commune.

En groupant les communes par cantons et les cantons par arrondissements, nous avons obtenu de nouvelles données statistiques qui nous ont permis d'établir, toujours pour mille habitants, et la période de trente ans étant prise pour unité de temps, la proportion de malades donnée par les cantons et les arrondissements (1).

Occupons-nous d'abord de ces dernières données, les plus vagues et par conséquent les moins instructives.

L'arrondissement de la Roche-sur-Yon a, pour les trente années écoulées, fourni 4,04 aliénés par mille habitants; l'arrondissement des Sables-d'Olonne 3,64 et celui de Fontenay 3,34.]

Ces chiffres sont loin d'exprimer la proportion réelle et absolue des aliénés produits par chaque arrondissement. Un grand nombre de ces malades, presque tous ceux au moins qui sont inoffensifs, sont laissés en liberté. « Vous « vous étonnez, me disait un jour un médecin, de la « quantité d'aliénés qui vous viennent de ma commune, « mais elle en conserve plus qu'elle ne vous en envoie. »

D'un autre côté, l'asile appelle les malades, et la facilité qu'ont les habitants de la région au centre de laquelle il est situé, de se rendre compte de ses avantages; la faible distance à parcourir pour y arriver; enfin, la proximité de l'autorité centrale qui règle les admissions; tout cela explique dans une certaine mesure que la famille ou les autorités de cette région recherchent avec plus d'empressement à faire admettre leurs malades.

[3] Ces raisons sont de nature à expliquer dans une faible mesure le plus grand nombre d'aliénés fourni par l'arrondissement qui possède l'asile.

(1) Les chiffres de la population du département qui ont servi de base à nos calculs, sont ceux du recensement de 1876.

Par contre, l'éloignement de certaines parties du département, exigeant un déplacement de quinze à vingt lieues, et la difficulté qu'éprouvent les familles et les autorités locales à faire convoier de si loin les malades, viennent abaisser la proportion des aliénés envoyés par les deux autres arrondissements.

Il y a encore la proximité d'autres asiles, qui, comme ceux de Niort, de la Rochelle et de Nantes, attirent la plupart des malades payants placés dans leur rayon. Il est de notoriété, par exemple, que les habitants de Fontenay conduisent beaucoup de leurs aliénés à l'asile de Niort. Ces diverses causes jointes les unes aux autres, prennent une certaine importance, et il y aura lieu d'en tenir compte, quand nous chercherons à pénétrer au fond même des choses, et à trouver les raisons vraiment décisives de l'inégalité des différentes parties du département, au point de vue de la production des dégénérescences psychiques. Ajoutons que la liste des cantons, dressée par rang d'importance au point de vue du nombre des malades fournis par eux, confirme les remarques précédentes. Ainsi le canton de Maillezais, qui vient le dernier sur la liste, est un des plus reculés du département. L'avant-dernier, le canton de l'île d'Yeu et celui qui le précède immédiatement, Saint-Hilaire-des-Loges, sont également très éloignés du siège de l'asile.

Toutefois, gardons-nous d'exagérer l'importance de ces considérations. On constate, en effet, que certains points de l'arrondissement de la Roche-sur-Yon, les plus éloignés du chef-lieu, comme Mortagne et Montaigu, ont envoyé des aliénés en proportion aussi forte que les localités les plus rapprochées.

L'obstacle de la distance n'est donc que relatif et d'une portée secondaire. Remarquons encore que ce canton de Maillezais, qui vient le dernier sur la liste, possède une population qui, comme nous l'avons dit précédemment,

semble appartenir à une race mêlée, différente de celle qui est répandue sur la plus grande partie du département de la Vendée, ce qui, au point de vue qui nous occupe, pourrait bien avoir une tout autre importance que la question d'éloignement.

L'étude des cantons nous apprend quelques particularités intéressantes. Dans l'arrondissement de la Roche-sur-Yon, on ne constate pas d'uniformité dans la production des divers cantons en aliénés ; mais depuis celui de la Roche, qui est le plus fécond, jusqu'à celui de Saint-Fulgent, qui l'est le moins, on passe par une série très régulièrement décroissante. Si l'on veut bien se rendre compte que cet arrondissement appartenant au Bocage est le plus homogène au point de vue de la nature du sol, de la race, des mœurs des habitants, on se confirmera dans cette idée que ces différents facteurs ont une influence manifeste dans la production des dégénérescences psycho-cérébrales.

Dans l'arrondissement de Fontenay, cette série uniformément décroissante entre les divers cantons est déjà beaucoup moins nette ; on y voit que les cantons appartenant au Bocage sont les plus fertiles en aliénés, que ceux du Marais le sont le moins, et que ceux de la Plaine occupent un rang intermédiaire.

Dans l'arrondissement des Sables d'Olonne il n'y a pas de série décroissante, la proportion d'aliénés fournie par chaque canton, sauf trois, est remarquablement uniforme. De ces trois cantons, qui s'élèvent au-dessus de la moyenne, l'un est celui des Sables d'Olonne ; cette cité, nous l'avons vu (1), est réputée fertile en aliénés. Les deux autres appartiennent entièrement au Bocage : l'un de ces derniers, le canton de la Mothe-Achard, exclusivement rural, sa plus forte commune étant de 4,452 habitants, est le plus

(1) Cavoleau. *Loc. cit.*

chargé de tout le département. Cavoleau nous apprend qu'au temps où il écrivait, une partie de ce canton presque inculte, presque inabordable, n'offrait à l'observation que des landes et des bois, et était habitée par une population misérable. Aujourd'hui, bien que cette région soit sillonnée de routes et entièrement défrichée, on est étonné de l'aspect étrange, presque sauvage, dont elle donne encore l'impression. Malgré nous, nous nous arrêtons à l'idée qu'il doit y avoir une relation sérieuse entre les conditions physiques et morales de ce pays et sa fécondité extraordinaire en dégénérescences psychiques.

Si maintenant nous passons à l'étude des communes, nous voyons que vingt-six d'entre elles n'ont, pendant cet espace de trente ans, envoyé aucun aliéné à l'asile. Si l'on compare le chiffre des communes indemnes d'un arrondissement avec son chiffre total, on voit que 44 $\frac{1}{2}$ pour 100 des communes de l'arrondissement de Fontenay, 8 $\frac{1}{2}$ pour 100 de celles de l'arrondissement de la Roche, et 6 pour 100 de celles des Sables d'Olonne n'ont envoyé aucun malade à l'établissement. Nous venons de voir que c'était dans la circonscription des Sables que les aliénés étaient le plus uniformément répartis entre les cantons. L'étude des communes confirme ce résultat : cinq seulement de celles de cet arrondissement n'ont fourni aucun aliéné. Dans l'arrondissement de la Roche la répartition des aliénés entre les communes est moins uniforme, mais suit encore une certaine régularité. Dans l'arrondissement de Fontenay, au contraire, on voit qu'un nombre très respectable de communes est complètement indemne. Fait remarquable, ces communes indemnes, au nombre de treize, appartiennent, huit à la Plaine, cinq au Marais, aucune au Bocage.

Il est naturellement impossible de passer en revue ici toutes les communes du département. Cependant, nous avons comparé entre elles toutes celles dont la production,

pendant ces trente années, atteint et dépasse le chiffre de cinq aliénés pour mille habitants. Elles sont au nombre de soixante-seize. Ces recherches permettent de constater que l'arrondissement de la Roche a 29 pour 100 de ses communes qui dépassent ce taux, celui des Sables 25 pour 100 et celui de Fontenay 24 1/2 pour 100 seulement.

L'étude des cantons nous a déjà appris qu'il existe certaines régions du département qui sont plus fertiles en aliénés que d'autres. L'étude des communes nous permet de préciser cette donnée et d'établir qu'il existe de véritables foyers de dégénérescences cérébrales. Ainsi, il n'y a aucune uniformité dans la fécondité des diverses communes d'un même canton. Même dans ce canton de la Mothe-Achard, le plus chargé du département, il y a des communes qui n'ont envoyé, en trente ans, aucun aliéné à l'asile, tandis que d'autres, voisines de ces dernières, en ont fourni un grand nombre. Notons que ces foyers sont plus nombreux que partout ailleurs dans les pays du Bocage, mais qu'il y en a aussi dans les autres contrées du département.

Un dernier point qui ressort de l'étude des communes, c'est que les centres urbains ne semblent pas exercer l'action qu'on leur reconnaît habituellement dans la production de la folie. Mais les villes du département sont peu importantes; l'industrie y est nulle ou fort restreinte, le mouvement intellectuel et commercial n'y a rien de fiévreux; aussi ne sera-t-on pas étonné que, contrairement à ce qui se passe ailleurs, elles n'exercent aucune influence sérieuse sur le développement de l'aliénation. Ainsi, dans la liste des communes placées par rang d'importance au point de vue de leur fécondité en maladies mentales, sur 299, la Roche-sur-Yon (9,755 h.) ne vient qu'au 59^e rang; Luçon (6,247 h.) au 134^e; Fontenay (8,453 h.) au 149^e; Challans (4,782 h.) au 161^e; et les Sables d'Olonne (9,347 h.)

au 169^e rang. Par contre, la liste débute par une longue série de communes exclusivement rurales. Celle qui tient la tête compte 751 habitants, la seconde 274, la sixième 424, la septième 521.....

Tels sont les documents remarquables que nous donne cette statistique psycho-pathologique de la Vendée et qu'il nous reste maintenant à interpréter.

III

Si nous cherchons à résumer ces données, nous voyons que, toutes choses égales d'ailleurs, la proportion d'aliénés que fournit officiellement chacune des parties du département présente des rapports très intimes, non pas précisément avec les divisions conventionnelles, administratives, mais bien plutôt avec les divisions naturelles quant au sol, au climat, à la race des habitants.

Ainsi le Bocage est plus fertile en dégénérescences psycho-cérébrales que les autres contrées. Ces dégénérescences sont encore fréquentes dans le Marais occidental, qui, à ce point de vue, diffère peu du Bocage. Dans la Plaine, elles sont plus rares; dans le Marais méridional, elles sont insignifiantes.

Ces différences étant admises, et il nous semble difficile, après les développements qui précèdent, qu'elles ne le soient pas, malgré toutes les réserves que tout le premier nous avons signalées et faites, comment peut-on les expliquer? Quelles causes invoquer parmi celles à qui on attribue les dégénérescences de l'espèce humaine?

On connaît, en effet, dans la science, un certain nombre de causes de dégénérescences qui sont bien établies.

Ainsi, certaines conditions géologiques et climatologiques ont une influence capitale: on sait que, dans certaines contrées, on peut leur attribuer le crétinisme, soit qu'on invoque la théorie des causes multiples ou celle de la toxi-

cité des eaux. Mais le crétinisme est une dégénérescence définie, ne différant que par ses degrés chez les individus qu'elle frappe et dont l'unité morbide répond bien à la cause unique ou au petit nombre de causes fixes qu'on invoque pour l'expliquer. Les dégénérescences qui nous occupent n'ont point ce caractère; elles sont extrêmement variées et appartiennent à un certain nombre de types fort différents les uns des autres.

Ce fait nous indique que la nature du sol et du climat ne joue point un rôle prépondérant dans la question qui nous occupe. Toutefois, si l'action du climat, qui est à peu près le même dans tout le département, est négligeable, l'influence du sol doit être prise en considération. Malgré les apparences, le Bocage avec son sol imperméable et ses eaux pluviales stagnantes est plus insalubre même que le Marais. A propos du Marais occidental, le D^r Pelletier, de Bouin, nous écrit : « Non seulement le pays n'est
« pas insalubre, mais il est dans des conditions de salu-
« brité infiniment plus satisfaisantes qu'une foule de loca-
« lités qui nous environnent et dont la position climaté-
« rique est meilleure. Nous jouissons de privilèges que
« n'ont pas tous les pays marécageux. L'île sillonnée en
« tout sens par un grand nombre de canaux, voit deux
« fois par jour, grâce aux écluses, l'eau de la mer se re-
« nouveler; les marais ne restent jamais à sec, et, pendant
« les chaleurs de l'été, le vent, qui souffle de la mer dans
« la soirée, éloigne les effluves marécageuses. » Quant au
Marais méridional, voici ce qu'en dit le D^r Fleury, de Chaillé-les-Marais : « Climat sain; fièvres intermittentes,
« mais jamais un cas pernicieux. Jamais d'épidémies, ce
« qui tient au magnifique système d'irrigation, le plus
« parfait qui existe, et aux vents de la mer balayant
« constamment un pays nu. »

Passons à un autre ordre de causes. Diverses intoxications sont incriminées dans la genèse des dégénérescences.

Mais, dans ce pays, il y a lieu d'écarter tout d'abord les intoxications provenant soit du genre de travail, soit de l'altération des substances alimentaires. Nous n'en voyons réellement qu'une seule dont le rôle ne soit pas négligeable, c'est l'alcoolisme. L'ivrognerie est fort répandue parmi les populations de la Vendée et elle semble l'être encore plus dans le Bocage que dans les autres régions du département. Chose grave, les abus de boissons se font plus particulièrement à jour fixe, le dimanche et les jours de fêtes, et doivent coïncider avec de nombreuses conceptions, les rapports sexuels s'opérant très certainement avec plus de fréquence les jours où l'on chôme et l'on se repose que les jours consacrés au travail. Il en résulte, si nos inductions ne sont pas erronées, qu'un certain nombre d'idiotis ou de dégénérés doivent être engendrés dans ces conditions, sans préjudice de l'influence plus générale que peuvent avoir ces habitudes d'alcoolisme sur l'ensemble de la population, et dont nous devons tenir compte (4). Toutefois, cette action indéniable de l'alcool ne peut être exactement évaluée, faute de documents explicites. Nous pouvons cependant nous en faire indirectement une idée par ce fait que les excès alcooliques entrent pour 24 0/0 dans les causes de la folie des individus qui ont été admis à l'asile de la Roche-sur-Yon pendant une période de cinq ans, de 1873 à 1878, ce qui est une proportion considérable, et la preuve que les habitudes alcooliques sont répandues en Vendée. « Pour quelques aliénés qu'il m'a été donné d'observer, nous écrit un confrère, je pourrais attribuer la cause de l'aliénation à l'hérédité, l'épilepsie et l'alcoolisme. »

Le mode d'alimentation, l'hygiène des habitants jouent

(4) « Je connais deux cas où la cause probable de l'épilepsie pourrait bien être l'ivresse du père au moment de la conception. » Communication écrite du Dr Pillaud, de Ste-Hermine.

un rôle capital parmi les causes de dégénérescence, et il est difficile, dans le cas actuel, de leur refuser une certaine influence. L'infériorité du Bocage, au point de vue de l'hygiène et de l'alimentation, est encore flagrante. Dans le Marais méridional, nous avons vu que les habitations étaient confortables, entourées de jardins bien cultivés, et que les habitants « mangent toujours de la viande et boivent souvent du vin » (D^r Fleury). De même dans la Plaine, « les logements, d'après un médecin du pays, « sont confortables, bien aérés, les vêtements suffisants, « la nourriture saine. Tout le monde mange du pain blanc « et un peu de viande » (1). Dans une partie du Marais occidental, « l'hygiène est généralement bonne, les fermes, « isolées les unes des autres, sont bien installées et bien « aérées; l'intérieur des habitations est fort propre et les « lits ne sont pas, comme dans les campagnes du champ, « entassés les uns sur les autres. Les habitants sont vêtus « avec un luxe qu'on ne retrouve que parmi les populations du Marais. » (D^r Pelletier).

Le Bocage est loin de se présenter sous ces couleurs riantes. Les logis y sont bas, encombrés, humides, à peine éclairés, environnés de fumiers et d'eaux croupissantes. La nourriture des habitants est des plus défectueuses; les pommes de terre, les haricots, quelques légumes verts et le beurre en font à peu près tous les frais, la viande en est exclue, ainsi que le vin, en général.

La question de race a aussi son importance. Ici nous commençons à serrer d'un peu plus près le problème. Nous avons dit que la race du Bocage était la plus ancienne, la plus pure des diverses races du département; c'est encore une cause d'infériorité indéniable, étant données les conditions défectueuses d'hygiène et d'alimenta-

(4) Voir plus haut § I.

tion de cette population, sa stagnation intellectuelle séculaire, l'absence complète des éléments régénérateurs (1) qu'apporte habituellement avec lui un sang étranger. Les autres régions, plus ouvertes, sont habitées par des races plus mélangées, partant plus jeunes et présentant plus de résistance aux causes de dégénérescences. Le Bocage rendu inabordable par la configuration géographique et la nature de son sol, a été jusqu'à ces derniers temps privé de tout élément de rénovation et de rajeunissement.

L'influence des mœurs vient s'ajouter aux précédentes : le paysan vendéen, et surtout celui du Bocage, circule peu ; il vit, engendre et meurt à l'ombre du même clocher. De là une aggravation des conditions défectueuses précédemment signalées, un champ d'alliances trop restreint (2), des unions trop rapprochées, *trop en dedans*, une trop grande fréquence de mariages entre gens de la même parenté ou de commune origine. Souvent même, dans un but d'intérêt, pour que le bien laborieusement amassé ne soit pas exposé à sortir de la famille, ces unions consanguines sont systématiquement pratiquées. Que le germe des maladies psycho-cérébrales s'infilte dans un pareil milieu, et l'on comprendra, sans peine, que, la puissance fatale de

(1) Voyez Morel, *Traité des dégénérescences de l'espèce humaine*, p. 514 et suivantes. Paris, 1857.

(2) Auzouy (*Annales médico-psychologiques*, 1867, t. 4, p. 40) fait aussi observer « que la consanguinité des mariages entretient dans certaines contrées, un état psychique fâcheux. » En parlant de la consanguinité des unions, nous n'entendons pas dire que les mariages entre personnes d'une même famille soient beaucoup plus fréquents qu'ailleurs, quoique nous ayons des raisons de croire qu'elles le sont plus en certains milieux que ne le feraient supposer les réponses négatives qui nous ont été faites à ce sujet de divers côtés. Mais nous voulons simplement exprimer cette idée, que les habitants de communes ne comptant que quelques centaines d'âmes qui se sont, depuis un temps immémorial, toujours mariés entre eux, ont cependant sans être parents au sens strict du mot, à peu près le même sang dans les veines, ce qui, croyons-nous, ne sera contesté par personne.

l'hérédité aidant, ce germe ne tarde pas à se multiplier et à déterminer l'éclosion de dégénérescences psychiques de plus en plus nombreuses.

En fin de compte, c'est donc l'hérédité morbide qui nous fournit l'explication la plus précise, la plus fondamentale du plus grand nombre de maladies mentales que nous constatons dans certaines parties du département. C'est elle qui, les autres conditions précédemment énumérées étant connues, explique que dans certains points, il se produise ces foyers de psychopathies dont nous avons parlé.

L'influence de cette prédisposition est si prépondérante, que nous retrouvons de ces foyers de dégénérescences psychiques là même où les causes adjuvantes de mauvaise hygiène, d'alimentation défectueuse, d'insalubrité font défaut. Bouin située dans le Marais occidental, est une des communes qui ont jusqu'ici fourni à l'asile le plus d'aliénés, et cependant, nous dit le D^r Pelletier, les conditions d'existence de cette population sont très satisfaisantes. Notons toutefois que cette situation favorable est de date récente et qu'elle n'a pas eu le temps de faire sentir son influence sur la santé psychique des générations qu'il nous a été donné d'étudier, ce qui diminue, dans une certaine mesure, la portée des renseignements que nous a fournis notre confrère.

Il nous reste maintenant à voir si l'observation est d'accord avec les vues que nous venons d'exposer et si l'hérédité joue réellement le rôle que nous sommes disposé à lui attribuer.

IV.

Depuis bientôt quatre ans, nous nous efforçons de recueillir des renseignements au point de vue de l'hérédité morbide, auprès des familles qui nous amènent des malades. Il est inutile de faire observer que des obstacles de toute sorte, l'ignorance, les réticences calculées, l'indiffé-

rence, s'opposent à ce que ces renseignements soient obtenus d'une façon précise et complète. Et cependant nous avons constaté la prédisposition héréditaire dans environ soixante pour cent des cas sur lesquels il a été possible de se renseigner. Ce résultat a déjà son éloquence, surtout si on le compare à ceux que nous fournissent les statistiques officielles. Pour ne parler que de ceux que nous avons sous la main, nous trouvons que la statistique générale de France n'indique, pendant la période de 1856 à 1860, qu'une proportion de 14 p. 100 des malades admis dans les asiles de France, comme offrant une prédisposition héréditaire aux maladies mentales. L'écart est donc des plus considérables; et même en faisant la part de la différence des méthodes dans le mode de recueillir les renseignements, et de la diversité d'opinion des médecins au sujet de l'hérédité morbide, de son essence, de ses limites, il n'en reste pas moins démontré que cette prédisposition est en ce pays des plus répandues.

Toutefois, il ne me semble pas suffisant de montrer qu'à l'heure actuelle, l'hérédité morbide joue un rôle prépondérant dans la genèse des maladies psycho-cérébrales en Vendée. Il faudrait établir qu'il y a là une loi constante, ayant fait sentir son influence dans le passé non moins énergiquement que dans le présent. Une telle certitude ne peut être acquise que par l'étude des documents contenus dans les archives de l'établissement. Tâche ardue, car si l'exactitude et la précision nous manquent déjà dans les renseignements obtenus par une voie directe, combien nous feront-elles encore plus défaut dans ceux que nous recueillerons par divers moyens détournés?

En parcourant le répertoire où sont inscrits les noms de tous les malades qui se sont succédé dans l'établissement, on est déjà frappé de ce fait que certains noms se répètent un plus ou moins grand nombre de fois. La réflexion conduit à penser qu'il y a déjà dans ce phénomène un com-

menacement de preuve de ce que nous voulons démontrer. De ce qu'une similitude de noms existe entre divers individus, on n'en saurait évidemment conclure d'une façon absolue qu'il y a entre eux un lien de parenté, ou même qu'ils puissent dans un même ancêtre une commune origine. Il y a, en effet, des noms si communs, si répandus, que leur fréquence, dans une grande réunion d'hommes appartenant à des contrées diverses, peut très bien n'être que le résultat d'une pure coïncidence. Mais quand tous les gens qui portent le même nom sont originaires du même pays, du même canton, de villages voisins, la commune origine acquiert déjà certains caractères de probabilité. Quand, en outre, on arrive à constater que la plupart de ces malades qui portent le même nom, appartiennent à la même famille pathologique, que leur affection revêt de préférence certaines formes ou présente certains caractères originaux bien déterminés, alors, la présomption devient presque une certitude et on est rationnellement en droit de penser que ces individus descendent d'une même souche entachée d'hérédité morbide.

Le fait en question se produit sur une très grande échelle dans notre établissement. Nous en pourrions citer de très nombreux exemples, nous nous bornerons à quelques-uns que nous avons choisis parmi les plus nets et les plus probants.

Le nom de B... a fourni à l'asile cinq aliénés. Tous les cinq sont natifs de communes situées dans une région très limitée du Bocage. Sauf pour deux, il n'a pas été possible d'établir s'il existe entre eux un lien de parenté. Voici le résumé de leurs observations.

I. — Julie B..., 40 ans, épileptique à accès à peu près mensuels; atteinte depuis un an de manie consécutive aux accès, meurt en état de mal épileptique. Mère aliénée à 69 ans; oncle maternel aliéné suicidé par submersion;

cousin maternel aliéné, ayant trouvé, on ne sait comment, la mort au fond d'une carrière.

II. — Auguste B..., 38 ans, enfant naturel. Manie instinctive du plus dangereux caractère ; qualifié de brute immorale, dangereuse pour sa stupidité et sa méchanceté. On cite de nombreux exemples de la honteuse et proverbiale méchanceté de sa mère.

III. — Aimé B..., 55 ans, démence lypémanique avec impulsions, du caractère le plus dangereux, à l'homicide et au suicide. Crises nerveuses très violentes, dont le diagnostic rétrospectif, faute de détails, est impossible ; sujet aux congestions cérébrales, satyriasis ; paralysies instantanées ; ataxie locomotrice ; meurt d'apoplexie.

IV. — Pierre B..., 38 ans, cousin germain du précédent ; il a, en outre, un cousin germain du côté de sa mère, aliéné à l'asile. Folie se produisant par accès assez courts, tantôt de manie aiguë d'un caractère formidable, tantôt de stupidité. Le malade, le plus souvent, n'a aucune conscience de ces accès ; ils ont un caractère frappant de ressemblance avec ce qu'on observe chez certains épileptiques. Déformation remarquable du crâne. Ce malade devrait certainement prendre place dans la catégorie de ceux qu'on a désignés sous le nom d'épileptiques larvés.

V. — Marie-Rose B..., 47 ans. Folie religieuse avec délire démonomaniaque, terminée par la guérison.

Ces malades, sauf la dernière, présentent à des degrés divers, ce caractère commun, qu'ils appartiennent à la même famille pathologique. Épileptiques, instinctifs, cérébraux, leur parenté malade n'est pas douteuse. Nous ne saurions admettre qu'il n'y ait pas là, au moins, une présomption en faveur de leur consanguinité, plus ou moins éloignée, sachant que ces individus sont originaires de localités voisines. En outre, en dehors de la tare générale dont ils sont sans doute redevables à un ancêtre com-

mun, il est bon de remarquer que chacun d'eux présente isolément des antécédents héréditaires qui lui sont propres et lui viennent de ses parents immédiats.

Il y a eu jusqu'ici à l'asile cinq personnes du nom de V..., quatre femmes et un homme. Tous sont originaires de villages contigus ou très voisins. Ce sont tous des vésaniques, avec cette particularité qu'ils sont tous faibles d'esprit, quelques-uns presque imbéciles.

VI. — V... Marie, femme M..., trente ans, atteinte à la suite d'une insolation d'aliénation mentale simple, terminée par la guérison.

VII. — V... Ernestine, vingt-six ans, atteinte de folie simple avec délire mélancolique de forme religieuse, tombe peu à peu dans la démence et succombe au bout de cinq ans à une affection du cœur. Mère ayant été aliénée.

VIII. — V... Marie, femme G..., quarante ans, cousine germaine de la précédente ; atteinte dans le cours d'une grossesse de folie mélancolique qui aboutit rapidement à une démence profonde. Elle meurt de phthisie pulmonaire.

IX. — V... Marie, dix-sept ans, délire religieux avec hystérie ; érotisme poussé parfois jusqu'à le nymphomanie, tombe presque immédiatement dans la démence et meurt de phthisie au bout de cinq ans. Tante aliénée, frères et sœurs faibles d'esprit.

X. — V... Auguste, vingt ans, semi-imbécile scrofuleux, atteint de manie instinctive avec impulsions au suicide et à la destruction des objets matériels ; tombé rapidement dans une démence incurable.

Vésanies remarquables par leur rapide transformation en démence incurable ; phthisies, scrofules, tels sont les liens pathologiques de ces malades qui, de plus, sont tous originaires de hameaux voisins. On voit, en outre, que de

même que dans la série d'observations précédentes, ils présentent pour la plupart des antécédents héréditaires très accentués, chacun de leur côté. Pour le sujet de l'observation VII, cette hérédité doit être double, si du côté paternel la tare que nous supposons a réellement existé.

Voici encore une série des plus remarquables. Quatre individus du nom de C..., tous quatre originaires de localités maritimes voisines, ont été admis à l'asile.

XI. — Pierre C..., vingt-deux ans, marin, atteint de folie consécutive à l'épilepsie. Mort en état de mal.

XII. — Jean C..., quarante ans, démence organique, mort à cinquante-cinq ans dans un complet état de paralysie généralisée.

XIII. — Jean C..., douze ans; manie consécutive à l'épilepsie; convulsions de l'enfance. Séquestré après une tentative de parricide. Tante aliénée; cousin du précédent.

XIV. — Alexina C..., dix-sept ans. Imbécile avec atrophie légère et faiblesse d'un côté du corps. Épilepsie suivie d'accès maniaques.

Ne semble-t-il pas que le nom de C... soit voué à l'épilepsie, et n'est-on pas en droit de penser qu'il y a là un fait d'hérédité similaire caché, non susceptible de preuve, mais qui pourtant s'impose à l'esprit? A ceux qui feraient observer que l'hérédité similaire ne se montre qu'à titre de rare exception, d'après le témoignage des auteurs, nous répondrons que c'est une question encore à peine effleurée à l'heure qu'il est, et que nos propres recherches nous portent à croire qu'elle est beaucoup plus fréquente qu'on n'est disposé généralement à l'admettre. Ce mode d'hérédité nous paraît précisément d'observation assez commune dans l'épilepsie. D'après les documents en notre possession, sur cent neuf épileptiques, vingt-huit n'avaient que des épileptiques parmi leurs parents. Dans une famille, nous trouvons jusqu'à cinq épileptiques de différents sexes,

père, fille, deux cousins germains paternels et un cousin issu de germain du côté maternel. Nous avons en ce moment à l'asile trois cousins atteints des formes diverses d'épilepsie.

Si nous voulions poursuivre la série des exemples que nous possédons, nous verrions que le nom de Ba..., très répandu dans une contrée restreinte de la Plaine, a fourni cinq malades, trois lypémaniques et deux épileptiques ; que six individus du nom de Bé..., originaires des environs de Fontenay, deux vésaniques, un paralytique général, un cérébral, une démente kleptomane, un épileptique vertigineux ont été successivement admis à l'établissement ; et que dans ce nombre, on compte le père et les deux fils..., etc. Mais nous ne croyons pas nécessaire de multiplier ces observations, dont le nombre est presque inépuisable et qui ne feraient qu'allonger ce travail sans grand profit pour notre démonstration.

V

Je passe à des documents d'autant plus instructifs qu'ils ont été obtenus par un procédé plus ingrat : l'étude rétrospective de l'hérédité morbide à l'aide des seuls documents contenus dans le dossier des malades.

J'ai pris au hasard quelques communes parmi les plus fécondes en aliénés, et ayant dressé la liste de tous les malades qu'elles ont envoyés pendant les trente premières années du fonctionnement de l'asile, j'ai étudié chacun de ces noms, au point de vue de l'hérédité, et je vais résumer ici sommairement quelque-suns des résultats obtenus.

En l'espace de trente ans, S... commune du Bocage de 750 habitants, a envoyé à l'asile dix aliénés que nous allons passer en revue.

XV et XVI. — Jean et Sophie M..., le frère et la sœur,

tous deux atteints de folie simple. On signale dans la famille un autre frère aliéné et plusieurs parents sans désignation de côté.

XVII et XVIII. — Augustine et Stéphanie F..., les deux sœurs. Folie simple. On signale des aliénés dans la famille, sans autre explication. D'autres aliénés de ce nom ont été à l'asile.

XIX. — Mélanie F..., folie simple, névropathique. Cousin germain mort à l'asile. La mère de cette malade porte le même nom que celles qui font l'objet des deux observations précédentes.

XX. — Charles B..., folie religieuse chronique. La mère n'a jamais joui d'une raison intacte; un oncle paternel aliéné; un frère aliéné venu postérieurement à l'asile; une sœur inintelligente.

Sur les quatre autres les renseignements nous font absolument défaut, toutefois, notons que l'une porte le même nom que la malade de l'observation XIX; un autre porte également un nom qui a fourni à l'asile plusieurs malades, et des aliénés de même nom que la mère du troisième, ont été également séquestrés dans l'établissement.

Passons à une commune plus importante, située également dans la région du Bocage. La commune de P... de près de 4,000 habitants a envoyé à l'asile vingt-six aliénés.

XXI. — Pierre M..., manie religieuse. Un frère et une sœur imbéciles.

XXII. — Rose M..., même nom que le précédent. Dégénérée avec atrophie et contracture d'un côté du corps. Manie religieuse, un frère portant au plus haut point les stigmates de Morel, et tellement épais que nous ne pouvons tirer de lui aucun renseignement.

XXIII. — Jeanne V... Imbécile, maniaque. Cousin germain idiot. D'autres aliénés de ce nom et de la même ré-

gion ont été à l'asile. Il y en a également eu du nom de la mère.

XXIV. — Jeanne M..., imbécile devenue folle furieuse vers quarante ans. Cousin germain aliéné. Une femme du même nom et de la même région a été à l'asile. Les parents de ce cousin portaient tous deux le nom de M... et étaient vraisemblablement parents.

XXV. — Bi..., femme Be..., folie simple, chronique. Tante paternelle aliénée suicidée ; cousin germain épileptique ; cousine germaine atteinte d'une maladie convulsive.

XXVI. — Emile G..., folie alcoolique. Antécédents héréditaires signalés par le médecin certificateur.

XXVII. — Jean R..., folie simple chronique. Oncle paternel aliéné, cousin germain paternel idiot.

XXVIII et XXIX. — Louis P..., folie simple et Louis P..., idiot. On signale des liens de parenté entre ces deux individus qui portent exactement le même nom, mais sans les préciser.

Nous arrêtons cette liste, nos renseignements manquant de plus en plus de précision, à mesure que nous avançons. Cependant, parmi les individus passés sous silence, les uns sont issus de mères portant le même nom, les autres portent des noms déjà plusieurs fois inscrits dans nos répertoires, d'autres appartiennent à ces catégories de malades dont la forme pathologique équivaut au meilleur brevet d'hérédité.

La commune de B... du Marais occidental, qui compte près de 2,800 habitants, a envoyé dix-huit aliénés à l'établissement. Dans cette commune, « depuis vingt-cinq ans, « le nombre des suicides a été très considérable, nous écrit « un honorable confrère, dix-huit à vingt cas, le plus grand « nombre par pendaison, les autres par submersion. » Cela fait à peu près annuellement un suicide sur 3,000 habitants ; si l'on veut bien remarquer que pour la France

entière, on ne compte annuellement que un suicide sur près de 6,000 habitants (4), on sentira déjà combien l'élément névropathique est répandu dans cette région, ce que va confirmer amplement la série des faits suivants :

XXX. — Françoise Rob..., folie religieuse, terminée par la démence. Tante paternelle de la suivante.

XXXI. — Marie Rob..., maniaque, faible d'esprit, mère aliénée, tante paternelle aliénée, frère épileptique.

XXXII. — Rose Rob..., imbécile, maniaque, parente des précédentes.

XXXIII. — Séraphine Rob..., folie hystérique impulsive. Aliénés dans la famille du père, parent des trois précédentes, dont il porte le nom. Mère ayant eu des accès d'aliénation mentale à toutes ses couches; une sœur suicidée; une autre ayant déjà subi trois accès de folie.

XXXIV. — Marie Rou... Mélancolie simple, son père et le père de la précédente étaient cousins germains. Mère lypémaniaque.

XXXV. — Louise Rou... Folie sénile. Hérité signalée sans autre explication.

XXXVI. — Joséphine Cro... Folie simple. Mère et tante aliénées.

XXXVII. — Zélie Coi... Folie impulsive. Mère ayant manifesté des troubles intellectuels; aïeule maternelle lypémaniaque; grand'tante suicidée, dont la fille aliénée est morte à l'Asile.

XXXVIII. — Marie B... Folie simple. Une fille imbécile sourde-muette.

XXXIX. — Marie D... Epilepsie avec démence. Père et mère morts paralysés. Le père était en outre un alcoolique invétéré.

(4) *Dict. Encyclop. des Sc. méd.*, III^e série, t. XIII, p. 255.

: Au sujet des huit autres, les commémoratifs manquent absolument; mais ce qui précède me semble de nature à satisfaire amplement les plus difficiles en fait de preuves.

On peut juger par ces faits, recueillis au hasard, de l'importance de l'hérédité morbide dans la production de la folie dans nos campagnes. Je répète que ces documents ont été recueillis dans les seuls dossiers des malades, où ils se trouvent semés au hasard, et sans esprit de suite, tantôt dans les certificats délivrés par les médecins de la localité, tantôt dans les renseignements fournis par les maires, parfois dans les notes recueillies à l'asile au moment de l'admission.

Ces explications nous permettent de considérer ces données comme un minimum et très inférieures à ce qu'elles seraient, si elles avaient été recueillies avec le soin et la méthode voulus.

Une des remarques les plus importantes auxquelles donnent lieu ces séries de faits, c'est la fréquence de l'union des deux noms d'aliénés dans une même famille. Chez d'autres ce sont des traces de consanguinité; chez d'autres, enfin, c'est une double prédisposition provenant à la fois du côté paternel et maternel.

On peut voir maintenant que si au début de ce travail nous avons opposé la sélection des imbécillités à celle des intelligences, ce n'était point pour le plaisir de faire une antithèse. Cette sélection des dégénérescences psychiques existe réellement, et dans une large proportion; elle est en grande partie le résultat de ces intrications de prédispositions malades, de ces convergences de tares psychiques que nous venons de mettre en lumière. C'est aussi une nouvelle preuve de cette sympathie inconsciente qu'éprouvent les prédisposés les uns pour les autres, et qui les pousse à s'unir entre eux. Cette attraction réciproque des dégénérés psychiques est un fait à la fois moral et social d'une haute importance. Lui seul explique la rapidité

foudroyante avec laquelle disparaissent certaines familles : lui seul donne au facteur hérédité ces caractères de fatalité inéluctable et de malignité effrayante qu'on observe dans un certain nombre de cas.

C'est à la fois, si-je dit, un fait moral et social. En effet, en dehors de cette inclination réciproque qui porte les unes vers les autres les intelligences bizarres, les esprits exagérés, les exaltés de toute espèce, tous les genres enfin de la grande classe des prédisposés, les mœurs, les croyances et les répugnances de la majorité des hommes les éloignent de cette catégorie d'individus, quand des mobiles d'intérêt purement matériel ne viennent pas vaincre cette répulsion instinctivement tuiélaire.

Outre les observations rapportées plus haut, j'ai recueilli des exemples bien probants de cette sympathie des aliénés les uns pour les autres. Je n'en citerai qu'un exemple, mais il est typique.

Un homme, appartenant à une famille d'extravagants, de têtes fêlées, alcoolique renforcé, sujet lui-même à des accès de délire, épouse une première femme qui compte deux aliénés dans sa famille ; elle meurt jeune, laissant un fils qui devient fou dès l'âge de dix-huit ans, et, après une série d'accès ; tombe dans la démence. Notre veuf se remarie à une femme qui appartient à une famille où l'on connaît déjà trois aliénés. Elle a sept enfants, sur lesquels jusqu'ici on compte deux aliénés et une idiote épileptique.

On trouve encore fréquemment dans les campagnes de ces êtres, fils, pères et frères d'aliénés, d'idiots, d'épileptiques : ces êtres, véritables parias, s'accouplent entre eux au hasard des rencontres, et font à leur tour souche de monstres.

Gb..., placé à l'asile à la suite d'une tentative de meurtre, est atteint d'imbécillité congéniale due à l'hérédité morbide. Sa famille se compose d'une mère infirme et épileptique, sans autres moyens d'existence que les au-

mônes, et d'une sœur, qui, imbécile, renommée pour sa méchanceté, est, quoique fille, mère de trois enfants. Le père, qui a vécu jusqu'à un âge très avancé, était mendiant, et ses facultés n'étaient pas plus fortes que celles du fils. Ch... a constamment vécu, comme son père, en état de vagabondage et de mendicité. Il demeura pourtant quelque temps avec sa mère et sa sœur et l'amant de cette dernière. Il fit bientôt, de son côté, la connaissance d'une femme d'une intelligence égale à la sienne et dont on avait déjà abusé. Ces deux personnages ne tardèrent pas à devenir un sujet de scandale public, de telle sorte que l'autorité locale crut devoir les contraindre au mariage, dans l'intérêt de la morale. Cette étrange cérémonie accomplie, la nouvelle épouse accoucha au bout de huit jours, et, presque aussitôt après, reprit le cours de ses débordements. Elle ne tarda pas, en effet, à être surprise plusieurs fois en flagrant délit d'adultère. Ch..., poussé par de coupables excitations, voulut se venger d'un de ses rivaux et tira sur lui un coup de pistolet chargé de clous, dont la détonation le renversa demi-mort. Quelque temps après, il commettait plusieurs vols. Enfin, on l'interna comme irresponsable.

Que dire de ce maire qui oblige de pareils êtres à se marier et consacre officiellement, favorise, en quelque sorte, la procréation légale d'êtres en dehors de l'humanité?

Vôici encore, et ce sera le dernier, un échantillon typique de ce genre de familles étranges.

C... Charles est un imbécile de vingt-deux ans, bègue au plus haut degré, dont la parole est à peine intelligible, qui, de plus, est resté épileptique à la suite de convulsions de l'enfance. Il est enfant naturel; sa mère appartient à une famille dont les divers membres sont, avec leurs particularités psychiques, réunis dans le tableau ci-joint.

4° Un enfant naturel imbecile.

1° Fille paralysée à 45 mois, suite de convulsions.
2° Garçon imbecile mort à 44 ans.

1° Garçon épileptique et imbecile (notre malade).
2° Garçon malsain, faible d'esprit.
3° Garçon bien portant.
4° Fille morte à deux ans.

1° Garçon mort phisique à 9 ans.
2° Fille morte à 2 ans, de maladie.
3° Fille vivante, souffreteuse, tourmentée de névralgies.

4° *Marie*, saine et libre, mariée à 30 ans.

2° *Jeanne*, languissante faible d'esprit, a eu quatre enfants naturels.

3° *Jean*, peu intelligent, offrant l'extérieur d'un dégénéré. Marié, 3 enfants.

4° *Marguerite*, paralysée et épileptique, morte à 46 ans.
5° *Victorine*, morte à 43 ans d'une maladie de langueur.

Mère morte paralysée à l'âge de 58 ans. Elle a eu cinq enfants naturels dont 1 le père est inconnu.

Toute réflexion est inutile.

Nous ne voulons plus désormais que clore cette étude déjà longue, renvoyant à un autre travail la description

des principaux types de dégénérescences observés dans ce pays.

VI

En résumé, pour nous, la raison vraiment décisive des dégénérescences psychopathiques que nous observons dans ce pays, c'est l'hérédité morbide. Les autres influences, telles que celles d'un sol malsain, une hygiène défavorable, des habitudes alcooliques invétérées, font converger leur action pour créer cette prédisposition morbide, agrandie, aggravée, rendue progressive par la consanguinité, l'habitude des unions rapprochées, le défaut d'un croisement de la population suffisant pour lui infuser un sang régénérateur.

Que si, dans le Bocage, les psychopathies se montrent plus nombreuses, c'est que dans cette partie du département, les causes qui contribuent à déterminer la prédisposition morbide, et que nous venons d'énumérer, se font sentir avec plus d'énergie que dans les autres régions. L'état d'infériorité du Bocage, au point de vue anthropologique, hygiénique et social étant reconnu et admis, les causes d'affaiblissement et de détérioration de la race y étant plus nombreuses et plus énergiques, rien d'étonnant à ce que cette région voie naître un plus grand nombre de dégénérés.

Toutefois, il resterait un point à éclaircir, à savoir : pourquoi ces causes de dégénérescences exercent de préférence leur action sur le cerveau ? Ne s'agirait-il pas chez le paysan du Bocage, d'une susceptibilité psychique particulière, constamment entretenue par un sentiment exagéré de sa faiblesse, de son impuissance et de son humilité ; d'une imagination vive sans cesse terrifiée par une croyance aveugle et héréditaire en des superstitions tellement gros-

sières qu'on ne saurait s'en faire une idée qu'en se reportant au moyen âge, à l'époque des sorciers et du sabbat? La peur! telle est bien, en effet, le fond de presque toutes les psychopathies que nous soignons. Nous ne voulons qu'indiquer ce problème, qui demanderait une étude spéciale. Mais qu'on veuille bien observer que cette idiosyncrasie psychique que nous sommes tenté d'attribuer à l'habitant du Bocage n'est pas une hypothèse en l'air. Quel est le dernier terme des dégénérescences? La stérilité. Nous allons voir qu'on peut y arriver, même en Vendée, sans passer par la série des psychopathies. Dans le passage suivant d'une lettre d'un de nos confrères, il s'agit, non du Bocage, mais du Marais méridional où les maladies psychocérébrales semblent rares, mais où abondent la scrofule et la tuberculose, autres formes de la dégénérescence : « Les mariages entre parents sont encore assez fréquents, ainsi que cela se voit d'ordinaire dans les campagnes où l'on cherche sa femme sur place. Peut-on considérer comme un résultat de ces unions les nombreuses stérilités qu'on observe dans le pays? » Ainsi, notre confrère est disposé à admettre que les unions trop rapprochées aboutissent à la stérilité dans le Marais, et il ajoute que les ménages consanguins féconds ne produisent que des filles, ce qui indique chez eux un affaiblissement de la puissance procréatrice.

Terminons en faisant des vœux pour qu'au point de vue hygiénique, intellectuel et social, les parties arrières du Bocage suivent les exemples de progrès que lui ont donnés les autres régions du département. Un inspecteur général du service des aliénés, le D^r Lunier, faisait, il y a vingt ans, les réflexions suivantes au sujet des dégénérescences crétineuses observées dans l'Ariège et la Haute-Garonne : « Diminution considérable du nombre des goitreux et surtout des crétins, attribuée par les gens sérieux du pays aux meilleures conditions d'habitation, de vêture et sur-

« tout de nourriture, ouverture de routes, etc... Je n'aⁱ
« rencontré presque partout que de vieux crétins : on
« n'en fait plus (4)... » Puisse-t-on dans vingt ans, dire de
ce pays : on n'y fait plus d'aliénés.

(4) *Annales médico-psychologiques*, 1867, t. 1, p. 44.

NOTE

SUR LES

LÉSIONS DE LA DURE-MÈRE CRANIENNE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. le Dr L. CAMUSET

Médecin adjoint à l'asile de Vaucluse

Au point de vue physiologique, la dure-mère crânienne sert à la fois de périoste pour les os du crâne et d'organe de protection et de soutien pour l'encéphale; en même temps elle forme, par l'écartement de ses lames, la plupart des sinus veineux. Au point de vue anatomique, c'est une membrane fibreuse recouverte à sa face interne d'une membrane séreuse, l'arachnoïde pariétale.

Cette disposition n'est pas admise par tous les anatomistes, quelques-uns nient l'existence de l'arachnoïde pariétale. Le sac sans ouverture de Bichat n'existerait pas réellement, la portion pariétale de la séreuse ne serait représentée que par une couche de cellules épithéliales pavimenteuses disposées sur la face profonde de la dure-mère. Mais les auteurs modernes décrivent une véritable séreuse pariétale, composée d'un épithélium et d'une membrane mince, qui se continue bien avec la dure-mère, mais qui en diffère par une structure particulière. Axel Key et Retzius (1875) l'ont étudiée. Elle se compose de tissu lamineux lâche, d'une forte proportion de matière amorphe et de cellules fibro-plastiques élégamment anastomosées entre

elles. Pouchet et Tourneux (1) les décrivent de la même façon. Ch. Robin et Cadiat l'admettent également, ils lui donnent de 3 à 5 dix-millièmes de millimètre d'épaisseur et notent qu'elle est pauvre en fibres élastiques (2). Enfin, Lancereaux corrobore l'opinion des auteurs précédents en faisant remarquer que les lésions de la face interne de la dure-mère sont identiques avec celles des séreuses et non avec celles des membranes fibreuses (3). On comprend la valeur de cette observation qui, à elle seule, suffirait pour fixer l'opinion.

La dure-mère est donc, en réalité, constituée par l'union de deux organes : une membrane fibreuse et une membrane séreuse. Ses modifications pathologiques seront justement celles qui sont l'apanage de ces deux espèces d'organes.

Dans la paralysie générale, la dure-mère est souvent lésée. Mendel ne l'a trouvée normale que 10 fois sur 57 cas (4).

Les lésions ne sont pas nécessairement tardives, on les observe alors que la maladie a évolué rapidement et même quand le sujet a été emporté à une période peu avancée par une maladie intercurrente, ou par un de ces accidents fréquents de la paralysie générale, une congestion épileptiforme, par exemple.

Voici les lésions notées jusqu'à présent :

1° Hypervascularisation.

2° Épaississement et diminution de cohésion de la mem-

(1) Pouchet et Tourneux : *Précis d'histologie humaine et d'histogénie*, p. 342.

(2) Cadiat : *Traité d'anatomie générale*, p. 406.

(3) Lancereaux : *Traité d'anatomie pathologique*, t. II, p. 369.

(4) Mendel : *Ueber progressive Paralyse*, Berlin. — Cet ouvrage n'a pas été traduit en français. M. le Dr Keraval en a fait une analyse qui paraîtra prochainement dans les *Archives de Neurologie*. Il a bien voulu me communiquer son manuscrit du chapitre : Anatomie pathologique.

brane. En faisant glisser l'organe entre les doigts, on éprouve la sensation de plusieurs plans juxtaposés plus ou moins mobiles les uns sur les autres (1).

3° Pachyméningite externe.

4° Pachyméningite interne, à laquelle se rattachent : les épanchements fibrineux intra-arachnoïdiens, les fausses membranes, les hématomes et les tumeurs kystiques.

5° Ostéomes.

6° Granulations miliaires donnant à la face interne de la membrane un aspect rugueux (2). Mais ces granulations n'ont peut-être été rencontrées encore que sur la dure-mère rachidienne.

On voit, par ce simple énoncé, que les lésions de la dure-mère dans la paralysie générale n'ont rien de spécifique. Elles existent dans d'autres maladies des centres nerveux et on trouve parfois aux autopsies de paralytiques généraux la membrane parfaitement saine. Il faut les considérer comme des incidents morbides parallèles au processus anatomique de la paralysie générale.

Nous allons passer en revue les différentes modifications de la dure-mère que nous venons d'énumérer en insistant sur quelques détails d'anatomie, et après, nous énoncerons les conclusions découlant de cette courte étude.

Hypervascularisation et épaississement de la dure-mère.

— La dure-mère est normalement peu vasculaire, abstraction faite des sinus et des veines et artères qui la traversent. Elle ne reçoit en propre que des artères excessivement grêles, et, examinée au microscope, elle présente de grands flots dépourvus de toute vascularisation (Mathias Duval d'après Sappey (3). Or, toutes les fois qu'elle pré-

(1) Christian : *Etude sur la pachyméningite-hémorragique*, Strasbourg, 1864.

(2) Auguste Voisin : *Traité de la Paralysie générale des aliénés*, p. 409.

(3) Mathias Duval : article Nerfs du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

sente une des modifications pathologiques susnommées, ses vaisseaux normaux sont dilatés, gorgés de sang, et dans les cas de productions néoplasiques : néomembranes ou ostéomes, on trouva au microscope, dans les parties voisines des néoplasmes, une surabondance de vaisseaux.

En même temps que la dure-mère est hyperémiee, elle est épaissie et modifiée dans sa consistance. Christian a indiqué le caractère qu'elle présentait quand on la faisait glisser entre les doigts. — Sur des coupes faites après durcissement dans l'alcool, on voit la texture ordinaire de la fibreuse : faisceaux de fibres conjonctives disposés les uns parallèlement, les autres obliquement, fibres élastiques nombreuses, et dans les intervalles ménagés entre ces faisceaux, des corpuscules fusiformes du tissu conjonctif. En outre, on remarque de nombreuses cellules rondes, de dimensions variables, à noyau bien coloré par le carmin. Ces cellules, qui proviennent sans doute de la prolifération des corpuscules du tissu conjonctif, sont nombreuses par place, surtout près des vaisseaux. Elles sont ordinairement disposées en amas entre les faisceaux de fibres conjonctives et rendent ainsi la délimitation de ces faisceaux bien plus distincte que dans les parties de la préparation où elles manquent. — Ces cellules de nouvelle formation sont généralement pour la plupart destinées à devenir de nouveaux corpuscules de tissu conjonctif, elles peuvent probablement aussi parfois se transformer en ostéoplastes. Mais dans l'un ou l'autre cas, le résultat du processus est une production d'éléments physiologiques; jamais, en effet, qu'il soit en foyer ou infiltré, on ne trouve de pus dans l'épaisseur de la membrane.

L'épaississement de la dure-mère se rencontre souvent dans la paralysie générale, mais on le voit aussi dans la démence vésanique, dans la démence épileptique, dans l'alcoolisme chronique. On l'aurait même signalé chez des vieillards indemnes de toute affection cérébrale. (Lance-

reaux (4).) Quant à l'épaississement avec ramollissement, diminution de la cohésion, c'est surtout dans la paralysie générale qu'on l'observe, et il existe souvent dès les périodes peu avancées de la maladie. Les pièces que nous avons examinées au microscope provenaient d'un paralytique mort de congestion cérébrale alors que sa maladie était nettement confirmée mais encore peu avancée.

Quoique nous manquions de preuves cliniques, il ne nous semble pas que cette lésion soit capable de se manifester par des symptômes spéciaux. Si elle provoque par elle-même quelques signes particuliers, de la douleur par exemple, ces signes se confondent avec les symptômes de l'affection principale.

Pachyméningite externe. — Caractérisée par une inflammation chronique de la dure-mère dans les parties de cette membrane situées au contact du crâne. C'est surtout dans les parties de la dure-mère qui tapissent la voûte du crâne qu'on la constate.

Il n'est pas rare aux autopsies, alors qu'on a scié ou brisé la calotte crânienne, de ne pouvoir l'enlever. Elle est maintenue appliquée contre la dure-mère en un ou plusieurs endroits. C'est en ces endroits qu'existent les foyers de pachyméningite externe. Mendel donne de cette inflammation chronique les caractères suivants : sécheresse de la membrane, épaississement des artères, gaines vasculaires connectives épaissies, adhérences avec les os du crâne (2). Rosenthal ajoute que les néomembranes produites en ces endroits, entre la dure-mère et les os, se transforment en lamelles et en plaques osseuses (3).

Cette pachyméningite siège le plus souvent au niveau des parties médianes des frontaux et des pariétaux. Il en

(4) Lancereaux : *Traité d'anatomie pathologique*.

(2) Mendel : *Ueber progressive Paralyse*.

(3) Rosenthal : *Traité clinique des maladies du système nerveux*.
Traduction du Dr Lubanski, p. 9.

est de même pour cette lésion que pour les autres modifications de la dure-mère dans la paralysie générale, il n'est pas nécessaire que cette dernière ait une longue durée pour qu'on la constate.

Pachyméningite interne. — Cette expression est consacrée par l'usage, mais elle est impropre. Ce n'est pas la dure-mère qui est enflammée, mais bien l'arachnoïde pariétale. Comme le dit Lancereaux, le processus inflammatoire n'est pas celui des membranes fibreuses mais bien celui des membranes séreuses. A la vérité, la dure-mère est souvent atteinte d'une façon concomitante, elle est épaissie, hyperémiée; mais que la raison en soit une propagation par suite de voisinage, ou bien que la même cause morbifique agisse sur les deux organes juxtaposés, il ne résultera jamais de l'arachnoïde enflammée que des épanchements séreux, fibrineux, des néomembranes, etc..., et de la dure-mère enflammée qu'une prolifération interstitielle d'éléments préexistants ou d'éléments nouveaux.

Tous les ouvrages sur la paralysie générale signalent la pachyméningite interne, c'est une lésion anciennement connue. Un excellent travail d'ensemble sur ce sujet est dû à Christian (1), mais il date déjà de quelque temps et l'auteur n'y admet pas l'existence de l'arachnoïde pariétale. Cependant ses conclusions, en ce qui touche les néomembranes produites par l'inflammation de la face interne de la dure-mère, sont exactes et les recherches plus récentes sont toutes venues les confirmer. Voici ce que dit Christian : « Les néomembranes organisées se rapportent à une inflammation spéciale de la face profonde de la dure-mère. C'est l'hypertrophie des éléments plasmatiques qui constitue les néomembranes. Ces néomembranes sont très vasculaires. Les vaisseaux de nouvelle formation, ordinairement de

(1) Christian : *Etude sur la pachyméningite hémorragique*; Strasbourg, 1864.

structure rudimentaire, ont tendance à subir la dégénérescence graisseuse et à se rompre, d'où les hématomes, le sang s'épanche entre les néomembranes. »

On trouve dans Lancereaux (1) une description exacte des productions néomembraneuses de l'arachnoïde, elle est accompagnée d'une figure de la coupe d'une néomembrane vue au microscope.

Au début, il n'y a, à la surface de la séreuse, qu'une mince efflorescence, sorte de toile d'araignée à peine distincte, mais qu'on détache facilement avec la pince. Cette néomembrane est constituée par une substance fondamentale homogène, quelquefois un peu granuleuse, par des cellules fusiformes ou en étoiles anastomosées et par de nombreux vaisseaux à parois minces. Elle adhère à la séreuse sous-jacente par des vaisseaux émanant de ceux de cette séreuse. Des formations identiques se reproduisent de dedans en dehors repoussant les plus anciennes, lesquelles s'épaississent.

Mendel (2) avance que le tissu conjonctif ondulé, teinté par du sang épanché, qui constitue la néomembrane, tire son origine du tissu sous-épithéliale de la séreuse. Des parois vasculaires de ce tissu s'échappent des cellules migratrices qui forment le parenchyme connectif lâche. Cette manière d'expliquer la genèse d'une production pathologique est en rapport avec la théorie nouvelle, qui tend à modifier la théorie cellulaire ancienne de Virchow.

Tant que la néomembrane est restée à ce degré de simplicité, tant qu'elle ne se complique pas d'hématome, il est bien probable qu'elle ne se révèle par aucun signe pendant la vie.

Du reste, les lésions méningitiques sous-jacentes qui s'observent toujours, en même temps dans la paralysie

(1) Lancereaux, *op. cit.* t. II, p. 403.

(2) Mendel. *op. cit.*

générale produisent des symptômes qui masqueraient ceux de la pachyméningite interne simple s'ils existaient.

Outre cette phlegmasie proliférative, on rencontre parfois, mais rarement, une véritable phlegmasie avec exsudat fibrineux, exsudat tout à fait semblable à celui de certaines pleurésies. Nous en avons trouvé un exemple remarquable par l'abondance de l'épanchement, le voici :

Homme de cinquante-deux ans, atteint de paralysie générale à forme dépressive. Délire continuellement mélancolique hypochondriaque. Tentative de suicide au dehors. Marche de l'affection rapide.

Le malade est mort dans le marasme sans avoir jamais eu d'attaque convulsive. Il n'a séjourné à l'asile que six mois, et, d'après les renseignements, la maladie était récente au moment de l'admission. Donc, au point de vue clinique, rien de particulier à signaler si ce n'est la rapidité d'évolution de la paralysie générale. Vers la fin, le sujet était dans le dernier degré du marasme, mais on n'observa aucune convulsion, aucune contracture.

A l'autopsie, la dure-mère ouverte, on voit un véritable gâteau de gelée jaune ambré absolument semblable aux exsudats fibrineux concrets de certaines pleurésies. Il entoure tout l'encéphale, base et surface convexe; mais son épaisseur est beaucoup plus grande à la surface convexe et surtout vers les parties médianes. Le poids de cet épanchement est évalué à plus de 150 grammes. La couleur ambrée est remplacée, en certains endroits, par des taches rouges produites par du sang. — Ce gâteau fibrineux est en rapport en dehors avec la dure-mère et en dedans avec l'arachnoïde viscérale, il est donc situé dans la cavité même de la séreuse et non au-dessous d'elle dans l'espace sous-arachnoïdien. Cependant, en un seul point situé au niveau de l'extrémité supérieure des circonvolutions ascendantes gauches, vers le bord supérieur de l'hémisphère, près d'une agglomération de corpuscules de Pacchioni, une

solution de continuité de l'arachnoïde a permis à l'épanchement de s'introduire dans l'espace sous-arachnoïdien ; mais maintenu là par des adhérences méningo-corticales très denses, il n'a pu fuser au loin et il n'occupe qu'une surface ronde de 3 centimètres de diamètre environ.

Cet exsudat examiné au microscope, on y voit des fibrilles de fibrine renfermant dans leurs mailles une grande quantité de cellules rondes, plus ou moins granuleuses, de 10 à 12 millièmes de millimètre de diamètre, rendues plus transparentes par l'acide acétique. Après l'action du réactif, on y aperçoit un et parfois deux noyaux et dans un certain nombre d'entre elles des granulations grasses. — On observe encore, principalement dans les endroits rouges, de nombreux globules rouges du sang. Enfin, dans les parties les plus voisines de la dure-mère, des vaisseaux capillaires de formation récente.

Cet exsudat enlevé, on trouve les méninges épaisses, vascularisées, opalines par places. Elles adhèrent intimement, et on peut dire partout, avec la substance grise sous-jacente, aussi bien à la surface convexe qu'à la base et qu'à la face interne de chaque hémisphère. La substance cérébrale blanche est ferme, la grise est ramollie, granuleuse et elle s'enlève en partie quand on arrache les membranes. Aucune lésion en foyer dans l'épaisseur de l'encéphale.

La portion de l'exsudat qui recouvre immédiatement la dure-mère est plus dense que les portions qui sont éloignées d'elle. Cette membrane est épaissie et hyperémiée.

Nous avons trouvé dans les *Annales médico-psychologiques* une observation semblable à la nôtre ; elle appartient à Aubanel, elle est intitulée : *Observation d'un cas de fausse membrane de l'arachnoïde chez un aliéné atteint de démence paralytique* (1). Nous la résumons :

(1) Aubanel : *Annales méd.-psychol.* 1847, t. IX, p. 435.

Homme de cinquante-six ans, paralytique général. La maladie a duré deux ans et quelques mois, elle a été caractérisée par les symptômes physiques ordinaires, par la démence et par du délire orgueilleux, il y a eu aussi un accès de manie aiguë. On a noté à plusieurs reprises des attaques congestives apoplectiformes. La mort est survenue dans le marasme, et dans les derniers temps, on ne constata ni convulsion, ni contracture.

A l'autopsie, on trouva la face interne de la dure-mère, c'est-à-dire *le feuillet pariétal de l'arachnoïde* (textuel), tapissé dans toute son étendue à l'exception des parties qui correspondent à la base du crâne, d'une fausse membrane des mieux caractérisées, commençant de chaque côté au niveau de la faux, ayant une épaisseur de plusieurs lignes, allant s'amincissant au niveau du rocher et dans le voisinage de la base, étant même réduite en ces points à une simple pellicule à peine formée. C'est moins une fausse membrane qu'un gâteau fibrineux semblable à la couenne du sang et aux concrétions fibrineuses qu'on rencontre dans le cœur et dans les gros vaisseaux. Ce gâteau offre sur quelques points une teinte rougeâtre, mais il est décoloré dans presque toute son étendue, quoiqu'il renferme dans son épaisseur plusieurs petits caillots sanguins emprisonnés dans les diverses lames qui constituent son tissu. — A mesure qu'il s'amincit, la teinte rougeâtre est plus prononcée, et il est facile de voir, sur ces points, les premiers éléments de la formation de la fausse membrane.

L'auteur considère ce gâteau fibrineux comme le résultat d'une ancienne apoplexie méningée, d'un épanchement de sang, autrement dit, dans la cavité arachnoïdienne, épanchement qui a perdu sa matière colorante et qui s'est transformé progressivement en ce produit accidentel. Les lésions macroscopiques ordinaires de la paralysie générale existent toutes.

On voit que, sauf la quantité d'exsudat qui est plus con-

sidérable dans notre observation, les deux cas sont identiques, mais l'explication qu'Aubanel donne de la genèse du *gâteau fibrineux* n'est plus admissible aujourd'hui. Quand le sang se résorbe dans un hématome de la dure-mère, il reste une tumeur kystoïde bien connue, de couleur plus ou moins jaune brunâtre. Il y a eu, dans les deux observations, un même processus pathologique, l'arachnoïde enflammée a produit une grande quantité d'un exsudat fibrineux à caractères histologiques bien déterminés. C'est cet exsudat qu'on voit dans la plèvre, dans le péricarde.

Si la vie avait persisté pendant un certain temps, que serait-il arrivé? Parmi les cellules, celles qui étaient en voie de dégénérescence graisseuse auraient disparu. La partie aqueuse de l'épanchement se serait résorbée. Il se serait produit des fibrilles conjonctives et des cellules fibro-plastiques. Des vaisseaux en communication avec ceux de la dure-mère se seraient développés, se seraient anastomosés entre eux. En fin de compte, on aurait eu un produit néomembraneux semblable, quant à la texture, à ceux que nous avons décrit plus haut, mais plus épais qu'eux.

Il est à remarquer que de tels épanchements ont dû comprimer le cerveau, et que pourtant il n'y a pas eu d'expression symptomatique de compression. La cause en est que l'épanchement s'est produit avec une certaine lenteur, ou, ce qui est plus rationnel d'admettre, que l'état de marasme avancé dans lequel étaient les malades n'a pas permis de constater les effets de la compression.

La forme ni la durée de la paralysie générale n'ont eu d'influence sur la production de cette lésion. Dans un des cas, l'affection a eu une durée moyenne, il y a eu du délire expansif et des attaques congestives; dans l'autre, la durée a été rapide, il y a eu du délire dépressif et pas d'attaque congestive.

A propos de la pachyméningite interne, il ne nous reste

plus à parler que des hématomas. Mais avant, nous signalerons les adhérences entre la dure-mère et l'arachnoïde viscérale qu'il est assez fréquent de trouver dans la paralysie générale. La plupart du temps elles siègent vers le bord supérieur des hémisphères et résultent d'une inflammation chronique qui se produit autour des corpuscules de Pacchioni en voie d'hypertrophie et de prolifération. Mais on en trouve également en d'autres endroits, au niveau des régions frontales et pariétales, quelquefois aussi à la base du cerveau.

Hématomes. — Nous avons déjà donné la genèse de ces tumeurs à propos des néomembranes de la face interne de la dure-mère. Les vaisseaux de nouvelle formation qui rampent dans l'épaisseur de ces membranes et qui sont en connexion avec ceux de la dure-mère sont naturellement fragiles; en outre, ils sont souvent atteints d'infiltration graisseuse et par conséquent très disposés à se rompre spontanément ou sous l'influence d'une cause quelconque produisant de l'hyperémie céphalique.

On sait combien cette question du mécanisme de la production des hématomas de la dure-mère a été discutée; les travaux sur ce sujet de Baillarger, Aubanel, Brunet, Lance-reaux, Christian, etc..., sont très connus. On admet généralement, maintenant, que les néomembranes sont antérieures à l'hémorrhagie qui se produit de la façon que nous venons de dire. Cependant les expériences de Sperling ont prouvé que du sang injecté dans la cavité de l'arachnoïde produisait, chez les animaux, de la pachyméningite interne. Mais comme le dit très bien Christian (4), il ne s'ensuit pas que ce soit la fibrine du sang injecté qui s'organise. Le sang doit agir comme irritant et provoquer l'inflammation de la séreuse avec laquelle il est en contact. Les anatomo-patho-

(4) Christian : *Nouvelles observations de pachyméningite chez les aliénés.* Annales médico-psychologiques, 1874.

logistes n'admettent pas l'organisation des dépôts fibrineux de la plèvre, ces dépôts se résorbent petit à petit et sont remplacés par des néomembranes qui, elles, sont réellement organisées (4).

Il nous semble qu'on doit ainsi résumer la question des hématomas : L'épanchement sanguin est le plus souvent consécutif aux néomembranes, mais il peut leur être contemporain et même les précéder, mais, dans aucun cas, la fibrine du sang épanché ne peut se transformer en tissu organisé.

On trouve aussi aux autopsies, dans la paralysie générale, des hémorragies intraarachnoïdiennes qui sont même parfois considérables, et cela, sans trace de pachyménigite interne. Calmeil en donne plusieurs exemples dans son *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Ce ne sont pas des hématomas de la dure-mère appendue à la face interne de cette membrane, mais de simples épanchements sanguins fusant plus ou moins loin. Mais quand ces hémorragies sont peu copieuses, qu'elles n'entraînent pas immédiatement la mort, elles devront se transformer en hématomas par la production consécutive de néomembranes de la dure-mère qui engloberont dans leurs mailles le sang épanché.

La forme, le volume, la localisation, etc... des hématomas de la dure-mère ont été bien étudiés par Christian dans la thèse que nous avons citée à plusieurs reprises. C'est dans ce travail qu'on trouvera tout ce qui concerne ces sujets. On y verra aussi les modifications apportées par le temps dans l'apparence extérieure et dans la structure de ces tumeurs sanguines. On sait que les kystes sous-durémériens sont parfois le dernier terme du processus régressif de ces productions morbides.

C'est principalement dans la paralysie générale qu'on

(4) Cornil et Ranvier : *Manuel d'histologie pathologique*,

observe la pachyméningite interne et les hématomas de la dure-mère. Baillarger a trouvé ces lésions, ou au moins les néomembranes sans tumeur sanguine, une fois sur huit. Christian, une fois sur trois. Mais on les observe aussi dans la démence vésanique, dans l'alcoolisme chronique, dans l'épilepsie (c'est plutôt l'hémorragie qu'on note dans cette dernière maladie), aussi dans le rhumatisme cérébral et enfin dans les périodes cachectiques de beaucoup de maladies ordinaires.

Christian divise les pachyméningites hémorragiques en récentes et anciennes. Ces dernières impriment à la paralysie générale un aspect spécial. Les symptômes prennent à partir du moment de l'hémorragie, une marche plus aiguë. Les épanchements successifs qui viennent augmenter le volume de l'hématome sont produits par des congestions céphaliques, mais à leur tour, ils doivent se manifester par des accès d'agitation maniaque, par des attaques épileptiformes, par du coma.

Nous avons observé un cas de paralysie générale compliqué d'hématome de la dure-mère, intéressant par les conséquences anatomiques et cliniques de l'hématome, le voici :

F..., cinquante ans, serrurier, a, en 1878, une attaque d'apoplexie qui se dissipe en laissant après elle une hémiplegie gauche. La paralysie s'améliore petit à petit, mais il persiste une hémiparésie sans anesthésie qui reste stationnaire jusqu'à la mort survenue six ans après. En même temps que la motilité, les fonctions cérébrales sont lésées à partir du moment de l'apoplexie. Le malade devient triste, mélancolique, il a des idées de suicide et il ne peut plus travailler. Cet état s'aggrave progressivement, et on fait admettre F... à l'asile de Vaucluse, où il arrive quatre ans après le début de sa maladie qu'on doit fixer au moment même de l'apoplexie, la santé étant parfaite auparavant.

Dès l'arrivée, on note chez le malade de la démence, des idées délirantes mélancoliques, de préoccupations hypochondriaques. Il pleure, il se plaint de tout le monde, est mécontent des soins qu'on lui donne, etc. Au point de vue physique, outre l'hémiparésie gauche, on constate que la parole est embarrassée et qu'elle hésite un peu. Plus tard, la démence progresse, les mouvements, même du côté non paralysé, deviennent lents et mal coordonnés, la langue tremble, les muscles des lèvres pendant l'acte de la parole sont animés de petits mouvements fibrillaires; le délire mélancolique se combine avec le délire orgueilleux. Enfin, après deux ans de séjour, le malade meurt dans le dernier degré du marasme.

A l'autopsie, après avoir divisé la dure-mère, on aperçoit une masse noirâtre qui recouvre tout l'hémisphère cérébral droit. Pour l'isoler, il faut la disséquer avec soin de la dure-mère à laquelle elle adhère et, malgré toutes les précautions, on entame par places la tumeur, et il s'écoule par les solutions de continuité un liquide noirâtre, mal lié, qui est du sang anciennement épanché. La tumeur enlevée a la forme d'un gâteau mou moulé sur l'hémisphère qu'il comprime; c'est un segment d'ellipsoïde, son poids est de 465 grammes. A la coupe, on voit un feutrage de membranes à alvéoles de dimensions variables, quelques-uns sont assez grands pour pouvoir contenir une grosse noix; ils sont pleins de caillots noirâtres plus ou moins diffluent, C'est un énorme hématome ancien de la dure-mère.

Au dessous, on trouve l'hémisphère droit comprimé, les circonvolutions sont aplaties, l'hématome se sépare facilement de la substance cérébrale, car il n'adhère nullement à l'arachnoïde viscérale. Les méninges s'enlèvent facilement, il n'y a aucune adhérence méningo-corticale sur toute la surface convexe de cet hémisphère, c'est-à-dire sur toute la surface cérébrale en contact avec l'hématome. C'est même le seul endroit de la substance grise corticale

où les adhérences n'existent pas. La substance grise des circonvolutions y est aplatie, tassée, elle est en outre colorée en jaune. Cette coloration est peut-être antérieure à la mort et résulte d'une imbibition par les matières colorantes du sang.

La face inférieure de ce même hémisphère droit offre une disposition toute différente. Les méninges (qui étaient minces sur la face convexe) sont épaissies, hypervascularisées, opalines par places et elles adhèrent intimement à la substance grise sous-jacente qu'on arrache en partie quand on enlève les membranes avec les pinces. Cette substance grise est très ramollie. Ces lésions des membranes et de la substance corticale siègent sur toute la base de l'hémisphère, elles commencent latéralement au-dessous de la scissure de Sylvius sur les circonvolutions temporales. — Rien d'anormal à la coupe de cet hémisphère que la condensation de la pulpe cérébrale aussi bien dans la substance grise que dans la substance blanche, sauf cependant dans la substance grise de la base et du lobe sphéno-temporal qui n'est pas directement comprimée par la tumeur.

Sur l'hémisphère gauche, on trouve toutes les lésions microscopiques de la périencéphalite et à un degré très avancé : méningite chronique à la face convexe et à la base, c'est-à-dire épaississement et vascularisation des membranes, plaques nacrées disposées le long des principales scissures, épanchement séreux sous-arachnoïdien en quantité notable. La substance corticale est très ramollie, elle n'a pas de texture homogène, elle est granuleuse et de couleur rouge brunâtre. Les adhérences méningo-corticales sont telles qu'il est impossible, en aucun point, de procéder à la séparation des méninges sans enlever une grande épaisseur de la substance grise. Les modifications de l'écorce grise sont générales, on les voit partout, à la surface convexe, à la base, à la corne occipitale même. — Le

ventricule latéral gauche est très développé, plein de liquide, mais l'épendyme n'est pas granuleux. Au contraire, l'épendyme du quatrième ventricule est recouvert de petites granulations miliaires.

Nous avons dû entrer dans tous ces détails pour bien démontrer que le sujet présentait les lésions de la paralysie générale. Partout, en effet, on trouve le ramollissement de la substance grise corticale, la méningite et les adhérences, sauf à l'endroit où le cerveau est comprimé par la tumeur, endroit où les lésions méningo-encéphaliques sont particulièrement constantes dans les cas ordinaires. Si les lésions ne se sont pas produites là, où au moins si elles ne s'y montrent pas à l'œil nu, la cause en est dans la compression qui s'est opposée aux manifestations macroscopiques de la périencéphalite : ramollissement de la substance grise, épaississement des méninges et enfin adhérences méningo-corticales.

Cette dernière partie de la proposition, la pression s'opposant à la production des adhérences, provoque une objection : on est porté à admettre que les adhérences sont le résultat d'une prolifération élémentaire de la cuticule cérébrale et de l'arachnoïde, prolifération provoquée ou du moins aidée par le frottement, c'est-à-dire par la pression des parties convexes des circonvolutions contre l'arachnoïde doublée de la pie-mère à chaque mouvement d'expansion du cerveau. Dans les cas de pression énergique et permanente, les adhérences devraient se développer encore plus facilement. Or, chez notre sujet, il y a pression énergique et permanente et cependant les adhérences manquent. Mais, en admettant comme parfaitement exact ce mécanisme de la formation des adhérences, ce qui n'est pas absolument démontré, les conditions ne sont pas les mêmes dans les circonstances ordinaires de la paralysie générale et dans celles de notre observation. Chez notre sujet, la compression était tellement forte qu'elle

devait s'opposer à l'afflux en quantité normale du sang à la périphérie du cerveau aussi bien dans les mouvements d'expansion que dans ceux de dépression de l'organe; d'où impossibilité pour les adhérences de se développer par suite de la pénurie du liquide nourricier.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, le fait certain est qu'une forte compression, dans la paralysie générale, durcit la substance grise et s'oppose à l'épaississement des méninges ainsi qu'à la production des adhérences dans les endroits comprimés. On peut encore faire une remarque à ce propos, c'est que les adhérences sont d'autant plus intimes et que, par conséquent, la substance grise se laisse d'autant plus facilement enlever que cette dernière est plus ramollie. Un des phénomènes précoces de l'état cadavérique est le ramollissement de la substance corticale; aussi plus on fait les autopsies de bonne heure, moins on enlève de substance grise avec les méninges et réciproquement. Il y a là une donnée dont il faut toujours tenir compte dans l'appréciation du degré d'intensité des modifications macroscopiques dans la paralysie générale. Les macérations dans l'eau et même dans les solutions d'acide chromique très étendues augmentent aussi le ramollissement de la substance corticale, et par suite la difficulté de la dissection des méninges; ce qui n'est pas en contradiction avec les expériences de Magnan, dans lesquelles on détruit les adhérences par le moyen d'injections d'eau faites dans les carotides, car, en agissant ainsi on procède par hydrotomie véritable et non par simple macération.

Voilà pour les conséquences anatomiques de la présence de l'hématome; les conséquences cliniques sont aussi à considérer. L'ictus apoplectique qui a marqué le début de la maladie a été causé par la pachyméningite hémorragique. De la compression cérébrale est résultée l'hémiplégie qui, d'abord complète, s'est ensuite transformée en hémiparésie. Plus tard, des hémorragies successives ont dû venir

augmenter le volume de l'hématome, tandis qu'un travail concomitant de résorption le diminuait. En fin de compte, au bout de plus de cinq ans, la tumeur est devenue telle que l'autopsie l'a montré e.

Au début, l'état du malade hémiplégique répondait parfaitement à ce type clinique de démence organique, caractérisé par des plaintes non fondées, par de la mélancolie et de l'hypocondrie. Plus tard, des signes physiques de paralysie générale sont venus modifier le tableau et, à la fin, le diagnostic paralysie générale était bien probable. Du reste l'autopsie l'a confirmé. Mais le cas est loin d'être classique : la durée de l'affection, la persistance de la paralysie unilatérale, la longue période pendant laquelle les symptômes étaient exclusivement ceux de la démence apoplectique, tous éléments qu'on ne rencontre guère dans la paralysie générale normale.

Ce n'est pas le lieu de discuter certains points toujours controversés. Ainsi, à quelle époque faut-il faire remonter la paralysie générale? Au début même de la maladie, ou bien plus tard, la paralysie s'étant entée sur une maladie cérébrale préexistante? La seule chose que nous puissions avancer avec certitude, c'est qu'un hématome ancien de la dure-mère a provoqué, dans une paralysie générale, un symptôme non pas très rare, mais cependant insolite, une hémiparésie persistante.

Ostéomes.—Les ostéomes de la dure-mère existent souvent dans la paralysie générale. Jeannerat les y a trouvés 9 fois sur 400 (4); Mendel 6 fois sur 57. — C'est à la thèse de Jeannerat qu'il faut se reporter pour tout ce qui concerne la fréquence, la forme, la disposition de ces productions et aussi pour l'historique de la question. Cet auteur considère l'ostéome de la dure-mère comme le résultat d'une

(4) Jeannerat: *Des ossifications de la dure-mère*. Thèse de Strasbourg, 1866.

pachyméningite spéciale, la pachyméningite ossifiante. Il a observé dans un service d'aliénés, et il a constaté que ce n'était pas la paralysie générale qui donnait la plus forte proportion d'ostéomes, on les trouve plus souvent dans l'épilepsie et dans la lypémanie chronique que dans cette affection.

On sait que Morgagni regardait les ostéomes de la dure-mère comme des causes prédisposantes de l'apoplexie; il leur attribuait comme symptômes la céphalalgie et les défaillances. Cruveilhier et Rayet croyaient aussi qu'ils produisaient de la céphalalgie. Velpeau, au contraire, pensait que ces productions osseuses ne se manifestaient par aucun symptôme. Aujourd'hui, c'est sans doute l'opinion de Velpeau qui prédomine. Nous nous y rattachons absolument. Dans la paralysie générale en particulier, nous ne comprenons pas que l'ostéome puisse provoquer aucun symptôme par lui-même, pas même de la céphalalgie : le travail inflammatoire qui produit la tumeur est tellement chronique, il est tellement peu intense (comme nous le verrons plus loin), qu'il ne doit même pas se manifester par de la douleur. Quant à la compression cérébrale produite par la présence de l'os nouveau, elle est minime, se produit lentement et ne peut pas gêner le fonctionnement du cerveau. On a pourtant supposé que quand les ostéomes avaient la forme d'aiguille fine et qu'ils faisaient saillie sur la dure-mère, ils pouvaient blesser le cerveau, mais nous ne connaissons pas une seule observation à l'appui de cette supposition.

Rappelons que ces ostéomes s'observent aussi chez des sujets non aliénés, que la vieillesse n'est pas un facteur de l'étiologie puisqu'on les observe le plus souvent chez des sujets adultes, qu'on a regardé la syphilis et la goutte comme capables de les produire, et qu'enfin on s'accorde à reconnaître, pour leur principale condition étiologique, les congestions encéphaliques.

L'étude des ostéomes n'a donc guère qu'un intérêt anatomique. Lancereaux, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, s'exprime ainsi à leur sujet : « Il semble qu'une des conditions pathogéniques les plus importantes pour la production des ostéomes, soit l'hyperémie des méninges ; mais comment se forme le tissu osseux dans la toile fibreuse ? Tel est le point indéterminé malgré les recherches du professeur Morel citées dans la thèse de Jeannerat ; cependant il y a des raisons sérieuses de croire que l'ostéome de la dure-mère se développe comme les os crâniens, aux dépens d'un tissu conjonctif jeune de nouvelle formation. »

Voici le résultat des recherches de Morel copié dans la thèse de Jeannerat : « Les concrétions situées dans l'épaisseur de la dure-mère sont manifestement osseuses... Elles se développent dans l'épaisseur même de la membrane fibreuse... Tantôt l'ossification se fait en lames compactes, tantôt en forme réticulée, épineuse. — La transformation de la dure-mère en os s'opère d'après le même mécanisme que l'ossification du périoste chez le fœtus. Ce travail pathologique est le résultat de l'irritation de certains points de la dure-mère. »

Nous avons fait l'examen histologique d'un ostéome de la dure-mère, et nous avons tâché de déduire de l'étude des coupes, la genèse de cette sorte de tumeur (4).

L'ostéome qui nous a servi provenait d'un paralytique général, âgé de trente-huit ans, qui avait constamment présenté la forme hypocondriaque. La maladie a évolué rapidement en six mois, et la mort est survenue dans le marasme. L'ostéome était situé dans l'épaisseur de la faux du

(4). M. Journiac, ancien chef de laboratoire de M. le professeur Hayem, a bien voulu examiner mes préparations. Nous sommes tous deux arrivés aux mêmes conclusions, à savoir que le tissu osseux fondamental se formait aux dépens des fibrilles du tissu fibreux et que les cellules du tissu conjonctif arrivaient, après des modifications successives, à se constituer en osteoplastes.

cerveau, il mesurait six centimètres de long, ce qui est considérable; il avait des bords irréguliers, festonnés, une épaisseur variable suivant les régions, de trois à quatre millimètres au maximum. Par place, il présentait des solutions de continuité en forme de rond ou d'ovale irréguliers; ces vides étaient remplis par la dure-mère. L'extrémité tournée vers l'occipital, la partie la plus mince de la tumeur était particulièrement festonnée.

On décalcifia des fragments de ce néoplasme dans une solution forte d'acide chromique, puis, après les avoir durcis par la gomme et l'alcool, on fit des coupes qu'on colora, les unes au picrocarmine, les autres à la purpurine.

Voici l'aspect de ces coupes sous le microscope : Tissu osseux vrai constitué par une substance osseuse fondamentale remplie d'ostéoplastes et parcourue par de nombreux canaux de Havers. Les ostéoplastes sont disposés en séries concentriques aux canaux de Havers (système des canaux de Havers), mais sur les confins de la tumeur, de longues séries d'ostéoplastes se voient parallèles aux bords (système périphérique). Enfin, on rencontre par place des amas d'ostéoplastes irrégulièrement situés entre les systèmes des canaux de Havers. — Les canaux de Havers sont très irrégulièrement distribués et disposés plus ou moins obliquement les uns par rapport aux autres. Ils aboutissent souvent à de nombreuses vacuoles dont quelques-unes sont très grandes et sont remplies de moelle osseuse. Ces vacuoles ne sont que des canaux de Havers très dilatés. — La moelle est constituée par les éléments médullaires ordinaires : graisse, médullocelles, vaisseaux, sanguins, corpuscules du tissu conjonctif, quelques fibres conjonctives. Dans quelques gros canaux de Havers, ou ce qui est la même chose, dans quelques petites vacuoles, le tissu médullaire est jeune, on n'y trouve pas de graisse ou seulement très peu; des médullocelles nombreuses sont rangées le long des parois, et tout fait supposer qu'il y a, en ces points, un travail

d'ossification interne dont le résultat est la diminution des cavités et par conséquent l'augmentation de la tumeur de dedans en dehors. Les ostéoplastes de la substance fondamentale sont, en ces endroits, rangés parallèlement à la direction de la cavité.

C'est, en somme, la disposition des os plats, mais avec une différence : les os plats sont constitués par deux lames de tissu osseux compact, entre lesquelles se trouve du tissu spongieux, qu'on appelle actuellement le diploé. Dans notre ostéome, le diploé n'est pas central, il est irrégulièrement distribué, et la densité du tissu semble être proportionnelle à son ancienneté, les parties les plus anciennement formées sont les plus compactes.

Sur des coupes qui comprennent en même temps que l'os, le tissu fibreux de la dure-mère qui l'entoure, l'aspect est différent selon que l'on examine des parties anciennes ou des parties de formation récente. Dans le premier cas, on voit un tissu osseux adulte se terminer brusquement, sans fusion aucune avec les fibres conjonctives qui le touchent. On dirait que la tumeur osseuse a dû écarter les fibres de la dure-mère pour s'insinuer dans son épaisseur. Les faisceaux conjonctifs sont ordinairement parallèles aux bords de l'ostéome, quelquefois ils leur sont obliques ou perpendiculaires, mais ils se terminent toujours nettement, une fois qu'ils sont arrivés au contact de la tumeur. Ce tissu conjonctif est adulte, peu cellulaire, on y trouve d'assez nombreux vaisseaux mais il n'a rien de l'aspect embryonnaire.

Dans le second cas, quand on étudie des parties nouvellement formées et même qui sont encore en voie de formation (sur notre ostéome, ces parties répondaient à son extrémité postérieure mince et festonnée), on voit des îlots de substance osseuse bien colorés par le carmin plongeant dans la trame fibreuse ; quelques-uns semblent complètement indépendants, d'autres sont reliés entre eux et

à la masse principale par de petits ponts osseux. Les fibres conjonctives de la trame fibreuse, délicates et bien colorées, renfermant une certaine quantité de cellulès, se continuent manifestement avec la substance osseuse. Toutes les coupes faites en ces régions de nouvelle formation présentent par places cette disposition. On voit des faisceaux fibrillaires aborder le tissu osseux et se continuer plus ou moins loin dans son épaisseur. L'os est, dans cet espace, marqué de stries qui font suite aux fibrilles conjonctives, et cet os ainsi strié est parfaitement constitué, il est rempli d'ostéoplastes avec des cellules osseuses dans leur intérieur. Des fibrilles de la membrane fibreuse se sont donc calcifiées et transformées en substance osseuse fondamentale; ce sont de véritables fibres de Sharpey.

Quant aux cellules du tissu conjonctif, on les voit d'abord globuleuses; mais à mesure qu'elles se rapprochent de l'os, elles deviennent petites, tendent à prendre une forme allongée, et arrivées à son contact, elles s'entourent d'une cavité osseuse plus grande qu'elles, laquelle cavité envoie des prolongements périphériques nombreux, fins et ramifiés.

L'ostéoplaste est constitué. Nous avons pu suivre cette genèse dans tous ses détails, sur des coupes heureuses: on y voit, à un fort grossissement, des cellules engagées en partie dans la substance osseuse. La partie extérieure est en rapport avec les fibrilles conjonctives, la partie intérieure est reçue dans une concavité du bord de l'ostéome. Cette concavité n'est déjà plus régulière, elle est anguleuse et on y aperçoit quelques fins prolongements périphériques. C'est un ostéoplaste en voie de formation. Ce mode d'ossification se rapproche, comme on le voit, de celui des os plats du crâne; mais les cellules du tissu conjonctif ne se différencient pas, à un moment donné, en ostéoplastes comme dans les os plats, quand elles arrivent au voisinage de l'os. La membrane dite d'ossification nous a paru man-

quer puisque dans le jeune os fibroïde, il y a déjà des ostéoplastes parfaitement constitués.

L'ossification de la dure-mère a plutôt son analogue dans l'ossification des tendons des fléchisseurs des doigts des oiseaux, avec cette différence que la structure fibroïde de l'os des tendons est générale; on la trouve dans toutes les régions de l'os, tandis que dans l'ostéome de la dure-mère on ne voit cette structure que dans les régions très jeunes ou en voie de formation; partout ailleurs le tissu osseux est absolument normal.

Ce travail pathogénique, dont le résultat est l'ostéome, est, comme on le voit, peu actif, la prolifération cellulaire est minime, lente et localisée à de petites régions. Il y a, en résumé, dans la dure-mère une phlegmasie foncièrement chronique, interstitielle, qui aboutit à une production *pseudo-hétérotopique*, pourrait-on dire, car la dure-mère est en réalité un périoste. Chez certains animaux, chez le chien adulte entre autres, la tente du cervelet est toujours ossifiée, c'est une condition physiologique (4).

De tout ce qui précède, il résulte que la dure-mère est souvent lésée dans la paralysie générale, mais qu'elle l'est très souvent aussi dans d'autres affections des centres nerveux et que ce sont les mêmes lésions qu'elle présente dans l'un et dans l'autre cas; qu'enfin des maladies ordinaires, mais de longue durée, peuvent aussi modifier cette membrane de la même façon.

Le caractère de toutes ces lésions est l'inflammation néo-

(4) Depuis que j'ai rédigé cette note sur les *lésions de la dure-mère*, j'ai appris que l'étude histologique des ostéomes de la dure-mère avait été faite récemment par MM. Déjérine, en France, et Tamburini en Italie. — Ce dernier, paraît-il, considère ces ostéomes comme des productions physiologiques. — On voit que si elles ne sont pas identiques avec elles, mes conclusions se rapprochent beaucoup de celles de M. Tamburini.

formatrice lente et peu intense. Il y a cependant quelques exceptions, ainsi les exsudats fibrineux considérables que nous avons décrits témoignent qu'à un moment donné, au moins, la phlegmasie a eu une certaine intensité, ces exsudats ont dû se former rapidement.

La cause générale de toutes ces lésions de la dure-mère, est l'hyperémie encéphalique. Cette cause étant constante dans la paralysie générale, on comprend la grande fréquence des lésions dans cette maladie. Il existe aussi des causes adjuvantes, ainsi l'ancienneté de la maladie des centres nerveux dans le courant de laquelle la dure-mère s'est altérée. Ce n'est là qu'un corollaire de la proposition précédente, les congestions encéphaliques permanentes ou transitoires constituant un élément de la plupart des maladies cérébrales. Il existe encore une autre cause dont on n'explique pas bien le mécanisme; la dure-mère devient lésée dans les périodes cachectiques de beaucoup de maladies générales.

Il est des affections qui impriment aux lésions de la dure-mère une forme spéciale: l'alcoolisme produit le plus souvent l'hématome; l'épilepsie ancienne, l'ostéome. Quant à la paralysie générale, elle ne semble pas caractériser un genre de lésions: quelle que soit sa forme clinique, elle produit indistinctement toutes les modifications pathologiques que nous avons décrites.

Il y a cependant une différence essentielle entre les lésions provoquées par la paralysie générale et les autres; les premières sont souvent précoces, elles marchent parallèlement avec le processus anatomique de la paralysie générale, les secondes sont toujours tardives et ne se montrent que dans les phases avancées des maladies cérébrales, ce qui permet de supposer que la cause pathogénique qui agit, dans la paralysie générale, sur la névroglie, sur la pie-mère et sur l'arachnoïde, agit très souvent aussi sur la dure-mère.

Quant aux symptômes surajoutés à ceux de la paralysie générale par les lésions de la dure-mère, si toutefois ils existent, il est impossible de les déterminer à cause de leur combinaison intime avec ceux de la paralysie générale. Mais tout porte à croire que dans la grande majorité des cas ces symptômes n'existent pas ; les hémorragies méningées brusques, les hématomes capables de produire des hémiplésies persistantes, etc., ne constituent que de rares exceptions.

Archives cliniques

99

ASILE SAINT-YON. — M. LE D^r E. CORTYL, DIRECTEUR-MÉDECIN EN CHEF.

Observation recueillie par M. le D^r L. MARTINENQ, médecin adjoint.

Automutilations répétées chez une mélancolique.

SOMMAIRE. — Violent accès de folie hallucinatoire avec tentatives de suicide et automutilations répétées chez une femme profondément anémiée par des couches répétées et des lactations prolongées. — Absence d'hérédité. — Guérison.

M^{me} M... est une femme de trente-cinq ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une constitution d'apparence assez bonne, n'ayant été pendant sa jeunesse atteinte d'aucune affection offrant quelque gravité. Aucun antécédent héréditaire n'est à noter.

Mariée à vingt-deux ans, elle eut, une année après, un premier enfant qu'elle allaita deux années entières. — En 1877, deux ans après avoir terminé le long allaitement du premier enfant, elle en eut un second qu'elle allaita pendant dix-huit mois. Cet enfant, d'un naturel chagrin et difficile, occasionna longtemps à la mère de nombreux tourments et de grandes fatigues. Malgré tout cela, M^{me} M... ne présenta jamais rien de particulier, ni dans son caractère, ni dans ses allures habituelles, et ne cessa pas un seul instant de s'occuper en bonne et intelligente mère de famille, de ses enfants et de son ménage. Cependant quelques troubles dyspeptiques se montrèrent à ce moment et furent traités pendant quelque temps, sur l'avis du médecin, par un régime tonique et réconfortant.

En 1881, un troisième enfant survint et, comme le premier, il fut allaité pendant deux années consécutives. Cet enfant offrit également beaucoup de difficultés à s'élever, et eut, en même temps que le second, la gourme et d'autres manifestations impétigineuses du jeune âge qui suscitèrent à la mère, pendant de longs mois, beaucoup d'ennuis et de tourments.

En mai 1883, M^{me} M... sevrâ son enfant; mais ces allaitements répétés et si prolongés; ces fatigues physiques et morales si vives l'avaient profondément débilitée, et on la vit devenir peu à peu apathique, lasse de tout, et souvent absorbée par une tristesse non motivée. A ce moment même une maladie de son mari fut chez notre malade la cause immédiate d'une profonde mélancolie qui l'envahit entièrement et la rendit sombre, taciturne et abattue. Cet état mélancolique s'accrut de jour en jour : elle ne cessait de déplorer des faits malheureux de sa jeunesse, manifestant d'innombrables craintes non motivées au sujet d'une sœur nouvellement mariée et qu'elle disait ne pas devoir être heureuse; se faisant mille idées noires bizarres et se perdant en conjectures malheureuses sur l'état et l'avenir de tous les siens, recherchant même avec une ténacité malade dans toutes ses conversations et ses lectures, les histoires et les faits-divers tristes, tels qu'accidents, morts violentes, noyades, etc..., abandonnant enfin toute gaieté, et se confinant dans un cercle étroit de préoccupations imaginaires tristes et désolantes.

Vers la fin de décembre 1883, cet état était à son comble, et la malade ne pensant plus qu'à la mort et à celle des siens, fit appeler un prêtre à qui elle confia toutes ses idées malades en se confessant et se préparant à la mort qu'elle désirait ardemment.

L'anémie depuis plusieurs jours avait déjà fait de très grands progrès et l'obligeait à garder souvent le lit. Le traitement tonique, autrefois ordonné par le médecin, n'avait

été qu'imparfaitement exécuté et même vite abandonné. La menstruation très irrégulière d'abord était presque tout à fait supprimée, et une leucorrhée abondante, accompagnée de douleurs gastriques et de phénomènes nerveux divers, témoignait d'un état de débilitation déjà profonde de l'économie tout entière.

En janvier 1884, cet état se maintint sans changement notable, malgré un traitement fortifiant prescrit et à peu près régulièrement suivi. Elle parla un jour de suicide à son mari, et son attention se portait d'une façon remarquable, en lisant les journaux, sur les accidents malheureux et les suicides qui y étaient relatés. M^{me} M... était cependant calme, mais absorbée et très préoccupée. Un grand orage se préparait.

Le 1^{er} février, dans la journée, M^{me} M..., ordinairement douce et bonne pour ses enfants, se mit à les gourmander subitement sans motif, et cela d'une façon fébrile, comme sous le coup d'une surexcitation morbide. Le soir, au moment de se coucher et à moitié déshabillée, elle ouvre tout à coup la porte de la chambre où son mari était déjà couché et s'enfuit en lui criant d'un ton bref et lamentable : « Adieu ! »... Le mari se lève d'un bond, lui court après et la rejoint au bas des escaliers, en train d'avaloir une boîte de pilules d'opium. Il lui arrache cette boîte des mains et la ramène, moitié de gré, moitié de force, dans sa chambre où il la garde à vue, tout en lui prodiguant toute sorte de soins et d'exhortations. La malade paraît se calmer un peu, et la journée du 2 février se passe sur le qui-vive, mais assez tranquillement. La surveillance la plus étroite est exercée sur elle. Elle s'en aperçoit et s'en plaint amèrement en protestant de ses remords et de ses bonnes intentions pour l'avenir, traitant elle-même de folie ses actes de la veille. Mais ces protestations ne sont que ruses; car le soir même, à la nuit, elle s'échappe par la porte du jardin, dans l'intention d'aller se jeter à la Seine, et ce n'est qu'après une

lutte corps à corps, livrée dans un chemin désert qui borde l'habitation, que le mari parvient, avec quelques voisins accourus à ses cris désespérés, à ramener la malheureuse M^{me} M... chez elle.

Mais le 3 février au matin, l'exaspération mentale se porte subitement à son comble. M^{me} M... se livre à toute sorte d'actes désordonnés. Le mari sort alors un moment pour aller chercher un médecin, non sans l'avoir recommandée à l'étroite surveillance d'une domestique. A peine dans la cour, il aperçoit sa femme au sommet du toit, les cheveux en désordre, les yeux hagards et les vêtements retroussés. Elle tient à la main gauche un grand compas de géomètre à pointe extrêmement aiguë, dont elle se frappe avec violence et rage le côté gauche. Grâce à l'arrivée d'un poste voisin, on parvient à s'emparer de la malheureuse, et on la conduit immédiatement à l'asile.

A son arrivée à l'asile, M^{me} M... est calme et abattue, mais absolument délirante; elle s'accuse des plus grands crimes, se désole et manifeste d'une façon incessante des hallucinations terrifiantes de l'ouïe et de la vue. Elle voit passer devant ses yeux des cadavres d'enfants, elle reconnaît les siens, c'est elle qui les a tués, elle entend les cris déchirants de ces malheureuses petites victimes, elle voit sans cesse comme une procession de cercueils, ce sont les cercueils de ses victimes, et elle ne cesse de pleurer et de se désoler en s'écriant : « Mon Dieu, faites-moi donc mourir! Je les ai tous tués! voilà mes victimes! Je les entends tomber! les uns après les autres! » ... Puis, après un moment de silence, elle reprend en sanglotant : « En voilà encore un! Oh! je suis une criminelle sans pareille! C'est moi qui les ai tous tués! oui tous!! Je les vois et les entends tomber! Oh! c'est affreux, c'est terrible! Je suis une femme indigne de tous, indigne de vivre, je veux mourir!... ». De temps en temps quelques moments d'accalmie s'établissent, mais les illusions et les hallucinations vont bon train,

les illusions surtout dominant alors la scène. Il lui semble que tout le monde la nargue et ricane d'elle, elle voit les figures qui l'environnent changer et rire d'elle, elle entend ceux qui l'entourent lui répéter qu'elle est indigne... etc.

Du reste, les renseignements que nous avons obtenus de la malade elle-même après sa guérison, nous ont appris que les illusions et les hallucinations de l'ouïe et de la vue ont été les premiers phénomènes qui se sont montrés. Depuis quelques jours, nous dit-elle, quand elle a attenté à sa vie, ces illusions et ces hallucinations la tourmentaient par intervalles et devenaient peu à peu plus fréquentes et plus vives. Elle entendait, par exemple, sous ses fenêtres, des gens qui « jouaient des airs religieux pour la narguer », elle voyait toutes les personnes qui l'entouraient lui faire des grimaces et se moquer d'elle de mille façons. Il lui semblait que les objets qui étaient autour d'elle remuaient, tournaient et grandissaient. Enfin, ajoute-t-elle, elle avait constamment dans la tête une sensation de vacuité qui la rendait toute drôle.

L'examen de l'hypocondre gauche nous montre à cinq travers de doigt de la ligne médiane, et à deux centimètres en dessous de la dernière grande côte, une petite plaie triangulaire par où a pénétré la pointe du compas. Cette pointe a pénétré en entier dans l'abdomen, d'avant en arrière, et la petite vis qui la devait retenir au corps du compas venant à manquer, elle y est restée fixée profondément. La malade, dans sa fureur de se détruire, a même à plusieurs reprises, avec sa main, refoulé plus profondément cette pointe d'acier, de sorte que la palpation nous en fait découvrir l'extrémité antérieure en dessous de la paroi abdominale à plusieurs centimètres en dedans de l'orifice d'entrée.

Aucune réaction physiologique n'est le résultat de ce traumatisme. La malade n'a pas de fièvre, le ventre est indolore, les mouvements même que l'on imprime à la pointe

avec les doigts n'occasionnent aucune douleur, l'analgésie est remarquable, et cependant la peur d'une douleur possible persiste chez notre malade qui nous prie instamment de l'endormir pour ne pas la faire souffrir en pratiquant l'extraction de la pointe d'acier. Du reste une investigation minutieuse ne nous fait découvrir sur la surface du corps, aucune région dépourvue de sa sensibilité normale.

Enfin, la décoloration très prononcée des muqueuses, de nombreux troubles de la nutrition et de l'innervation, en même temps qu'un souffle doux caractéristique très manifeste au premier bruit du cœur et à la base coexistant avec un retentissement particulier des bruits du cœur, nous font acquérir la conviction que M^{me} L... est sous le coup d'une profonde anémie.

Traitement : Immobilité, chloral et morphine, alimentation au lait et au bouillon froid.

4 février. — La malade est assez calme et soumise à une surveillance très étroite, le délire offre les mêmes caractères.

5 février. — Dans la nuit vers quatre heures du matin, après plusieurs heures de tranquillité, survient d'une façon soudaine un accès de délire des plus violents sous l'influence duquel M^{me} M., rapide comme l'éclair et prévenant tout secours par une dextérité incroyable, se plonge les doigts dans les orbites pour s'arracher les yeux. On se précipite sur elle ; mais, hélas ! on ne parvient à lui sauver que l'œil gauche qui a même subi de graves atteintes. La capsule est déchirée à sa partie inférieure, l'œil est projeté en dehors et en haut, le muscle droit inférieur est déchiré en deux tronçons dont un fait entièrement saillie à l'extérieur. Le globe oculaire droit est totalement extirpé et a roulé sous un lit voisin, il a amené avec lui deux centimètres et demi de nerf optique enveloppé de sa gaine. La plaie est très nette et à peine saignante, la malade ne manifeste pas la moindre douleur, tout absorbée qu'elle est

par son violent délire où prédominent des idées de culpabilité, de damnation éternelle et d'indignité religieuse. Elle ne cesse de sangloter, elle ne veut plus voir son mari et ses enfants dont elle est indigne et pour qui elle est un objet de répulsion et de honte éternelle, et si la camisole ne l'empêchait d'agir, elle compléterait sûrement son horrible mutilation.

Le globe oculaire gauche après résection du lambeau de muscle dilacéré est refoulé dans la capsule et retenu en place par les paupières maintenues hermétiquement fermées. Des compresses d'eau fraîche fréquemment renouvelées complètent ce pansement par occlusion. Dans la journée, vers midi, un léger mouvement de fièvre s'annonce et le soir le pouls est à 120, la température à 38°,5, pas de selles depuis son entrée, urines rares.

Traitement. Laxatif léger, lait et bouillon froids, vin de Lunel au quinquina.

6 février. — T. 38°,9; P. 104. Aucune réaction inflammatoire dans l'abdomen, la plaie de l'œil droit est dans un parfait état et n'offre pas la moindre suppuration. A gauche la tension intra-oculaire est notablement augmentée. La vision quoique troublée existe, la malade distingue les objets et compte les doigts. L'examen à l'ophtalmoscope nous révèle dans le fond de l'œil une hémorrhagie sous rétinienne, occupant environ les 4/5 de la papille. Cette hémorrhagie est formée de trois caillots très rapprochés les uns des autres et occupant les régions supérieures, internes et inférieures de la papille. Les deux premiers sont noirâtres, le troisième rouge clair. Les autres régions du fond de l'œil sont saines. Le délire ne cesse pas et, par moment, se montrent des paroxysmes d'une extrême violence.

7 février. — Le matin le pouls est à 92, la température à 38°,5, la nuit a été bonne, les accès de délire n'ont pas reparu et ont permis du repos et du sommeil même.

Le soir, la température à 38°,8, le pouls à 104. La malade n'éprouve aucune douleur et reste immobile et toujours absorbée.

8 février. — Matin, P. 94 ; température vaginale 39°. A la suite d'un lavement purgatif, selle abondante. Vers trois heures de l'après-midi, deux ou trois vomissements verdâtres. Ventre souple et indolore même à la palpation, un peu d'empatement circonscrit autour du corps étranger. Soir : P. 106 ; T. 38°,8.

9 février. — Dans la matinée un vomissement vert, léger ballonnement du ventre. Les yeux vont très bien ; P. 20 ; T. 38°,5. Délire sans changement, pleurs et sanglots continuels.

10 au 15 février. — Amélioration générale progressive dans l'état physique. L'examen ophtalmoscopique de l'œil montre les caillots en bonne voie de résorption et permettant peu à peu à la vision d'être plus nette et plus complète. Le délire n'est plus si violent mais les hallucinations sont à peu près aussi vives.

16 février. — Anesthésie au chloroforme et extraction de la pointe d'acier par une ouverture en boutonnière pratiquée à la paroi abdominale et mesurant environ 3 centimètres.

Cette pointe longue de 9 centimètres 1/2 était fixée au milieu des organes intestinaux d'avant en arrière et offre à sa sortie des traces d'un travail d'enkystement créacé enveloppé d'une sorte de gangue fibreuse d'où il a fallu un certain effort pour l'extraire. La plaie est immédiatement fermée par deux points de suture et du diachylon. Des applications froides sont faites sur l'abdomen. Un lavement opiacé est administré et la malade passe une bonne journée et une bonne nuit.

17 février. — Léger mouvement fébrile ; P. 104 ; T. 38°,9, le matin, 39,2, le soir pas de selles. Immobilité. Lait et bouillon froid, vin de Lunel au quinquina.

20 février. — Depuis quelques jours les paroxysmes délirants avaient disparu, le délire ne se manifestait plus que par des pleurs, des sanglots et un désespoir à peu près muet, quand tout à coup, avec cette soudaineté qui a déjà caractérisé les premières mutilations, la malade se retourne dans sa camisole, se secoue sur son lit comme sous le coup de convulsions cloniques, cherchant à briser ses liens et à se briser la tête contre le lit ou le mur voisin. L'impossibilité dans laquelle elle se trouve de parvenir à ses fins paraît rendre plus violent encore le paroxysme de rage automutilatrice qui s'est emparé d'elle et, faute de mieux, elle se mord avec fureur les lèvres. Nous constatons, en effet, quelques instants après l'apaisement de cet accès, que les deux lèvres sont traversées de part en part par les dents et, si quelques-unes de ces dernières n'avaient pas été absentes, évidemment les deux lambeaux eussent été détachés entièrement. Cette nouvelle mutilation opérée le matin vers huit heures n'influe en rien sur l'état général de la malade, dont toutes les plaies s'améliorent rapidement et d'une façon même surprenante. Régime tonique et très réconfortant aidé de l'hydrothérapie.

24 février. — Calme et beaucoup moins tourmentée, repose la nuit, état général très satisfaisant.

30 février. — L'amélioration s'accroît tous les jours, la plaie abdominale est absolument guérie et les fonctions intestinales rétablies. La plaie de l'orbite est également guérie, l'œil gauche a repris à peu près sa place exacte et sa position normale. Il jouit de tous ses mouvements d'une façon parfaite. Les mouvements d'oscillation de haut en bas seuls ne sont pas absolument complets, et l'axe visuel ne peut être porté tout à fait en bas sans le secours d'une flexion de la tête. Les caillots hémorragiques de la pupille se sont presque entièrement résorbés. La vision est excellente.

L'état mental est amélioré également. Le délire est tout

à fait calme, les hallucinations ont disparu, et il ne reste plus qu'un état lypémanique sans agitation, avec torpeur cérébrale et quelques idées de culpabilité et d'indignité. La malade n'est plus aussi attachée à ses conceptions délirantes, elle écoute avec docilité et résignation les exhortations qu'on lui prodigue, et répond parfois avec beaucoup de raison et de bon sens.

15 mars. — État général excellent. La malade se lève, s'alimente volontairement très bien, s'occupe à lire, à coudre et au ménage; la surveillance la plus étroite ne cesse cependant pas autour d'elle; le fond de l'œil va très bien, les caillots sont entièrement résorbés, il ne reste plus qu'un petit foyer noirâtre, à cheval sur la partie supérieure et interne de la circonférence de la papille, mesurant environ cinq millimètres de longueur et provenant d'un amas d'hématine, résidu d'un caillot résorbé. Ce foyer ne gêne pas la vision qui est parfaite, mais suscite néanmoins une sensation objective permanente durant le jour, qui est celle d'un petit croissant noir et fixe.

4^{or} avril. — M^{me} M... va très bien, le délire a disparu, les facultés intellectuelles reprennent leur jeu normal, et les sentiments affectifs, si profondément pervertis, reprennent peu à peu toute leur vivacité. Elle reçoit avec plaisir son mari et ses enfants qu'elle a elle-même appelés auprès d'elle; elle est gaie et a conscience de son état antérieur. Cet état d'amélioration considérable de l'état mental est parallèle à une amélioration identique dans l'état physique.

Mai. — Continuation de cet état d'amélioration progressive générale; la guérison est décidément très prochaine.

19 juin 1884. — M^{me} M... sort entièrement guérie de son affection mentale et dans un état de santé physique excellent, — l'œil extirpé est remplacé par un œil de verre.

Remarques. — De tous les cas d'automutilation publiés

jusqu'ici en France et à l'étranger, celui-ci est assurément un des plus curieux, tant au point de vue psychologique qu'au point de vue physiologique et chirurgical.

Au point de vue psychologique, il nous montre la misère physiologique, l'*anémie*, survenue à la suite de nombreuses causes de débilitation, telles que les lactations très prolongées et répétées, et les fatigues physiques et morales multipliées, occasionner chez un sujet, indemne de toute tare cérébrale, une explosion soudaine d'aliénation mentale caractérisée par un état d'anxiété lypémanique avec illusions et hallucinations de l'ouïe et de la vue incessantes, un délire excessivement intense et continu où prédominent des obsessions de culpabilité criminelle et d'indignité sociale et religieuse, un état de perturbation nerveuse extrême manifesté par de l'analgésie et divers troubles sensoriels, enfin de fréquents accès d'impulsivité automutilatrice terriblement dangereuse.

Nous considérons ce point de vue étiologique comme très important, car nous avons remarqué l'extrême fréquence de ce facteur, la *misère physiologique*, comme cause immédiate du délire dépressif dont l'automutilation est souvent un symptôme. Or, dans le cas type dont nous venons de donner l'observation, il n'est pas douteux que ce soit là la véritable cause de l'accès d'aliénation mentale auquel nous avons assisté. Ce fait se trouve absolument établi par les renseignements précis donnés par le mari de notre malade, homme lettré et très intelligent, ainsi que par la marche et par la terminaison de l'affection mentale que nous avons vue disparaître à mesure qu'une santé physique excellente venait peu à peu remplacer l'état d'anémie et de débilitation profonde du début. « *Sublatâ causâ, tollitur effectus* » dit un vieil aphorisme auquel, dans le cas actuel, nous pouvons ajouter celui-ci : « *Sanguis moderator nervorum.* »

Remarquons toutefois que c'est grâce à l'absence d'hé

rédié cérébrale que nous devons certainement un succès si rapide, si complet et, nous l'espérons, si durable.

Au point de vue chirurgical, le cas est réellement surprenant. En premier lieu, la pointe d'acier de neuf centimètres et demi est restée plongée au milieu des organes intestinaux pendant quatorze jours sans provoquer la moindre gêne, sans amener la moindre réaction inflammatoire. Cette pointe a été extraite par une plaie abdominale intéressant toute l'épaisseur de la paroi et le péritoine, et qui s'est refermée par première intention en très peu de temps, sans le moindre accident. En second lieu, la cavité orbitaire droite dont l'œil a été violemment arraché avec les doigts, s'est guérie tout naturellement sans suppuration, et sous le pansement le plus simple, en même temps que le globe oculaire gauche dilacéré par les ongles de la malade qui ont pénétré en dessous dans la capsule et sectionné le muscle droit inférieur, remis en place et maintenu simplement par l'occlusion des paupières, se guérissait également avec une rapidité et une facilité extrêmes comme les plaies des lèvres, de sorte qu'en moins de vingt jours la malade se trouvait entièrement guérie de ses nombreuses mutilations.

100

ASILE DE CHALONS-SUR-MARNE.— M. LE D^r HENRY BONNET,
DIRECTEUR-MÉDECIN.

Paralysie générale par insolation

Observation recueillie par M. le Dr Alexis PARIS, médecin adjoint.

SOMMAIRE. — Paralysie générale. — Début brusque à la suite d'une insolation. — Symptômes classiques; manifestation brusque de quelques-uns. — Marche spéciale : les trois périodes parcourues en moins de cinq mois.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer un cas de paralysie générale qui a revêtu quelques caractères inusités, probablement en raison de sa cause.

Voici l'histoire du malade dont l'observation nous a semblé mériter un certain intérêt :

Antécédents. — E... est né le 18 février 1844; son père et sa mère vivent encore et jouissent d'une bonne santé; ils n'ont jamais été atteints d'affections du système nerveux; leur genre de vie a toujours été régulier. Au point de vue de l'hérédité, E... a de très bons antécédents. Il n'a reçu qu'une éducation assez bornée, mais qui a toujours répondu parfaitement aux besoins de sa profession (charpentier)... Jusqu'à l'âge dix-neuf ans, sa santé n'avait été ébranlée par aucun phénomène pathologique; à dix-neuf ans, il aurait eu une congestion cérébrale dont les symptômes se sont rapidement et complètement dissipés, ne laissant aucune modification morbide dans l'état mental.

E... a toujours été laborieux, ouvrier intelligent et sobre; il faisait fort rarement quelques légers excès alcooliques. Il est marié et père de plusieurs enfants bien constitués et bien portants. Ses parents et sa femme n'ont remarqué chez lui aucun trouble intellectuel, aucune modification dans son caractère ou dans ses habitudes avant la fin de juin 1883, époque à laquelle il fut frappé d'insolation pendant qu'il montait une charpente. Il éprouva immédiatement des accidents très graves de congestion cérébrale, et des troubles très évidents de l'idéation se manifestèrent presque en même temps. Les symptômes classiques de congestion ont été combattus dès leur apparition à l'aide de dérivatifs, de déplétions sanguines, etc.; mais il est resté une mobilité excessive et une grande confusion dans les idées et dans les actes; plusieurs fois ont éclaté des accès d'agitation assez vive, qui inquiétaient le malade lui-même et qui l'ont engagé à solliciter son admission dans un asile d'aliénés; car, point sur lequel nous appelons l'attention, malgré un trouble profond de l'intelligence, malgré la confusion des idées et l'agitation à laquelle il était souvent en proie, il conservait une demi-conscience de sa situation et faisait

même, mais en vain, quelques efforts pour empêcher les manifestations délirantes.

Etat au moment de l'admission, 8 juillet 1883, quinze jours après l'insolation. — E... est un homme de taille moyenne, constitution mixte, tempérament nervoso-sanguin; son squelette est régulièrement développé.

Au point de vue psychique, sa maladie est caractérisée par de l'amnésie, de la mobilité et de la confusion dans les idées et dans les actes, de la docilité enfantine et une sensiblerie complète; il pleure et se lamente sans motifs. Il touche à tout ce qui se trouve à sa portée; il prend, par exemple, sa montre, la replace dans sa pochette, la retire, examine un à un les boutons de nos vêtements, reprend sa montre, se couvre, se découvre, etc; en un mot, il est constamment occupé et on le croirait en proie à un délire fébrile (il n'a pas de fièvre). — Au point de vue somatique, l'affection d'E... se traduit par une sorte de *bégaiement* assez prononcé, une inégalité très marquée des pupilles et parfois par du tremblement des membres, surtout des membres inférieurs, aussi la marche est-elle souvent titubante; enfin il éprouve de temps en temps des éblouissements, des maux tête et des absences de courte durée.

Certificat de 24 heures. — « E... est atteint d'aliénation mentale caractérisée par un délire qui, d'après les renseignements, ne daterait pas de loin et qui semble vouloir se généraliser. On remarque, à côté d'une extrême mobilité des idées, de la perte de la mémoire et de l'incohérence dans les actes. Il se plaint d'éblouissements, de maux de tête et de douleurs organiques diverses. Le malade a conscience de son état et c'est lui-même qui a demandé son placement. Signé : D^r Henry Bonnet.

9 juillet (soir). — E... est un peu surexcité, il réclame un traitement énergique, il cherche à s'évader afin, dit-il, d'arriver au bâtiment de l'hydrothérapie et de prendre des bains et des douches. Les idées sont très confuses et la

mémoire des faits récents est perdue ; la volonté est annihilée et la sensiblerie persiste. Le pouls est fréquent, les pupilles sont inégales, le bégaiement est très manifeste. — Embarras gastrique.

11 juillet. — Sans cesse en mouvement, désordonné, se déshabille dans la cour. Plus de fièvre.

13 juillet. — Même désordre des idées et des actes. Insomnie et excitation persistant pendant la nuit (hydrate de chloral et codéine).

21 juillet. — Nuits calmes depuis le 13. E... est assez gai depuis quelques jours, il paraît assez satisfait de lui-même, il est en démente. Les symptômes somatiques persistent.

27 juillet (soir). — E... est beaucoup plus mobile que de coutume ; il parcourt le préau d'un pas accéléré et dans tous les sens, automatiquement pour ainsi dire ; il demande si l'on ne réparera pas bientôt toutes les toitures : « Je suis chargé, ajoute-t-il, de diriger tout cela et on va s'y mettre ; si on ne veut pas me laisser visiter tous les toits, j'enfoncerai toutes les portes et j'adresse une plainte au gouvernement. »

Cette phrase à peine achevée, il ne peut plus parler malgré tous les efforts qu'il fait pour exprimer sa pensée ; il s'impatiente et tousse, gesticule et finit par recouvrer l'usage de la parole articulée ; il veut alors descendre toutes les cloches des églises et en faire des canons pour une commission chargée de combattre les Prussiens, etc ; il est président de cette commission. — C'est la première fois que l'on remarque chez E... l'existence d'idées de grandeur ; pour la première fois aussi on note de l'embarras, de la lenteur et du tremblement de la parole, troubles tout à fait différents du bégaiement des premiers jours de l'affection.

10 août (matin). — E... est plus calme, ses idées sont confuses et incohérentes ; il est abattu et se déplace peu vo-

lontiers, car il lui est difficile de rester debout; il pleure lorsqu'on le prie de faire quelques pas. — Gâtisme.

10 août (soir). — L'excitation a reparu et E... marche plus facilement; un désordre complet règne dans ses idées et dans ses actes. État congestif de l'encéphale.

30 août. — Même état. Souvent excité, tombe parfois, pour quelques instants seulement, dans l'état où il se trouvait le 10 août (matin). — Amaigrissement.

Les détails que nous venons de donner sont les plus intéressants de l'observation; en septembre, il a été nécessaire d'aliter le malade; il était en démence, incapable souvent de répondre aux questions les plus simples; il pleurait fréquemment sans motifs; les forces physiques diminuaient de jour en jour et il était réduit à une vie purement végétative. Il était gâteux. Une escharre se forme bientôt dans la région sacrée; E... tomba rapidement dans un état de marasme profond et il succomba le 16 novembre 1883.

Dans les derniers temps de la vie, les muscles du pharynx, de l'œsophage, etc., étaient parésiés.

Le traitement a consisté en dérivatifs et calmants au début et, pendant les périodes d'excitation, hydrate de chloral, bains prolongés avec applications froides sur la tête, etc.

Il n'a pas été possible de faire l'autopsie.

Réflexions.

Deux ordres de phénomènes doivent attirer l'attention : la cause et la marche de la maladie. Celle-ci a débuté brusquement, à la suite d'une insolation. De pressantes investigations auprès de la famille ne nous ont fait découvrir aucune autre cause que l'insolation et il nous a été affirmé plusieurs fois qu'aucun changement ne s'était opéré dans le caractère ou dans les habitudes du malade avant cet accident. Les troubles psychiques se sont produits immédiatement après l'insolation. *Donc début brusque.*

L'affection a revêtu deux formes symptomatiques, au point de vue psychique : elle se manifestait tantôt par des phénomènes d'excitation et d'expansion, tantôt par des phénomènes de dépression, ces derniers rares et de courte durée. Enfin elle a parcouru en moins de *cinq mois toutes les phases* que la paralysie générale commune traverse en deux ou trois ans. Et, si nous avons affaire à une paralysie générale ordinaire, la durée devrait être plus longue dans ce cas, car, de l'avis de M. Luys, « il est à noter que « la durée a été plus prolongée chez les individus qui ont « présenté les phases alternantes de l'excitation et de la dé-
« pression. Cette forme est moins rapidement mortelle que
« les formes franchement expansives ou franchement dé-
« pressives prises isolément. » (*Traité des maladies mentales*, p. 602.)

Donc, seconde particularité : les trois périodes de la paralysie générale parcourues en moins de cinq mois, malgré tous les accidents congestifs du début.

La maladie était encore à la première période lorsque E... est entré à l'asile ; il avait conscience de sa situation et bien peu de paralysés généraux doivent procéder comme lui : il a demandé lui-même son admission à l'asile. Il est à remarquer enfin que les symptômes psychiques et somatiques ont présenté quelques caractères spéciaux. E... avait presque un délire de fébricitant et il n'avait pas de fièvre.

Donc, troisième particularité : Conscience au début ; manifestations symptomatiques spéciales.

De ce fait il résulterait donc que la *paralysie générale par insolation* affecte une allure particulière dans sa symptomatologie, sa marche et sa durée. Cette opinion ne pourra être acceptée que lorsque de nouvelles observations seront venues la confirmer.

Législation

CONSIDÉRATIONS

SUR LE

PROJET DE LOI

CONCERNANT LES ALIÉNÉS EN ITALIE

Par M. le D^r MOTET

*Communication lue à la Société médico-psychologique,
dans la séance du 28 juillet 1884.*

Messieurs,

Vous m'avez fait l'honneur, de me charger de vous rendre compte du projet de loi présenté à la Chambre des députés, en Italie, par le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur, M. Depretis. Comme en France, les pouvoirs publics en Italie ont été saisis de la question de réforme de la Législation relative aux aliénés. Chez nos voisins, le besoin était peut-être plus pressant que chez nous, il y avait un réel intérêt à substituer à des coutumes locales une loi qui fût la même pour tous ; il était tout naturel qu'un pays en possession aujourd'hui de lui-même, solidement unifié, voulût un jour apporter l'unité dans ses lois. C'est à cette pensée qu'ont obéi les législateurs italiens.

Dans un exposé des motifs, dont je ne veux pas même vous faire une rapide analyse, l'honorable M. Depretis déclare qu'il a tenu compte, dans ce projet qui revient pour la seconde fois devant la Chambre, des modifications apportées par la Commission, des travaux publiés en Italie, et des études faites sur le même sujet dans notre pays.

Il m'a semblé, Messieurs. qu'il ne nous appartenait pas de discuter la loi italienne, au moment même où notre loi est encore à l'étude, où elle n'a pas encore été, de la part de la Commission sénatoriale, l'objet d'une communication officielle. D'ailleurs, le texte de loi que je vais vous lire, nous a été transmis d'une manière toute gracieuse; il m'eût paru téméraire d'en critiquer publiquement certaines dispositions. — Je crois que nous aurons assez à faire quand nous serons saisis du projet de loi qui nous regarde; alors pourront utilement se produire des observations qui s'appliqueront à la loi italienne, dont plusieurs des articles se rapprochent de ce que nous connaissons de notre projet de loi française.

ARTICLE PREMIER. — Chaque province du royaume est tenue d'assurer le placement des aliénés qui ont leur demeure sur son territoire, soit dans un asile lui appartenant en propre, soit dans d'autres asiles publics ou privés avec lesquels elle aura fait des conventions spéciales, sauf à être remboursée de ses dépenses par celui qui peut être obligé à les lui payer.

ART. 2. — Les corps moraux et les citoyens qui jouissent de leurs droits civils et politiques, peuvent être autorisés à fonder un asile pour le traitement et pour la garde des aliénés.

La demande d'autorisation, à laquelle seront joints un plan des bâtiments, l'exposé des conditions de fonctionnement de l'asile, sera remise au préfet, lequel, après avoir pris l'avis du Conseil de santé provincial, et, s'il y a lieu, celui d'un ou de plusieurs médecins aliénistes, la sou-

mettra à l'approbation du ministre de l'Intérieur. S'il s'agit d'un établissement privé, les précautions et les garanties à fournir seront déterminées par le règlement pour l'exécution de la présente loi.

Toutefois, les asiles, soit publics, soit privés, devront être placés sous la direction d'un médecin qui sera responsable de l'administration intérieure de l'établissement et de l'exécution de la présente loi en ce qui le regarde.

La direction d'un asile ne pourra être confiée qu'à un médecin qui produira des certificats de son irréprochable moralité, et des preuves certaines qu'il a fait une étude spéciale des maladies mentales.

La nomination du directeur sera soumise à l'approbation du ministre de l'Intérieur.

Les provinces qui, en commun, supportent la charge des dépenses des asiles en société, auront droit à la nomination du directeur desdits asiles, à moins qu'il n'en ait été décidé autrement par la convention. Ne pourront user de ce droit, les provinces qui par leur convention s'engagent à payer seulement les frais de maintenance de leurs aliénés à la province sur le territoire de laquelle l'asile est établi.

L'administration des asiles publics entretenus par les provinces sera confiée à un Conseil d'administration nommé par le Conseil de la province sur le territoire de laquelle est placé l'asile, et sera composé de la manière déterminée par un statut spécial.

ART. 3. — Toute personne qui se propose de recevoir à titre gratuit, ou moyennant une pension, un ou plusieurs aliénés qui ne sont pas de sa famille, sera considérée comme voulant ouvrir un asile, et devra se soumettre aux dispositions de la présente loi.

Internement des aliénés ; règles pour la tutelle de leurs biens dans les asiles et au dehors.

ART. 4. — Est obligatoire l'internement, dans les asiles, des individus qui par une aliénation mentale soit acquise, soit congénitale, sont dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui, sont un sujet de scandale public, et ne peuvent être convenablement soignés à leur domicile, sauf dans le cas spécifié à l'art. 44.

ART. 5. — La demande d'admission d'un aliéné dans un asile doit être présentée :

- a) Par l'un des conjoints pour l'autre conjoint ;
- b) Par les ascendants les plus proches pour les descendants, et vice versa ;
- c) Par le tuteur ou le subrogé tuteur, sur l'avis du Conseil de famille ou de tutelle, s'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit.

La demande d'admission peut encore être faite par tout citoyen, ou par l'autorité publique, soit dans l'intérêt de l'aliéné, soit dans celui de la société.

ART. 6. — La demande d'admission, dont il est question à l'article précédent, doit être appuyée par le certificat d'un médecin ayant le droit de libre exercice dans le royaume, qui ne soit pas parent du malade, ni du directeur de l'asile, et qui n'appartienne pas à l'asile lui-même.

Dans le certificat, qui ne doit pas avoir plus de huit jours de date, le médecin est tenu de déclarer qu'il a constaté l'existence de la maladie mentale, et la nécessité de placer le malade dans un asile.

S'il s'agit d'un aliéné d'origine étrangère, la demande et le certificat médical devront être accompagnés d'une déclaration du consul royal.

ART. 7. — L'admission dans un asile devra toujours être autorisée par le pouvoir judiciaire.

Les demandes dont il est question aux art. 5 et 6, de-

vront être envoyées au préfet, au sous-préfet ou au maire, en leur qualité d'officier de sûreté publique, lesquels, après en avoir constaté la régularité, les transmettront dans les 24 heures à l'autorité judiciaire, afin qu'elle fasse, s'il y a lieu, les vérifications nécessaires, et autorise l'admission provisoire de l'aliéné. En cas d'urgence, la garde provisoire dans l'asile sera ordonnée par l'autorité de sûreté publique, toujours après une visite de médecin, et sauf à en donner immédiatement avis à l'autorité judiciaire.

Les mêmes règles seront appliquées pour l'admission dans les quartiers d'observation pour les délirants dans les hôpitaux.

ART. 8. — Le médecin directeur de l'asile ou de l'hôpital, après une période d'observation dont la durée ne dépassera pas quinze jours, à dater de l'admission du malade dans l'établissement, transmet au procureur du roi un rapport signé par lui et par l'un des médecins traitants, s'il y en a dans l'établissement, déterminant la nature de la maladie, le degré où elle est arrivée, et la nécessité ou non de maintenir l'aliéné dans l'asile.

Dans les cas exceptionnels où le directeur ne croit pas pouvoir porter son jugement dans le délai de quinze jours, il notifiera dans ce délai les difficultés particulières du cas qui se présente au procureur du roi, lui demandant un nouveau délai qui ne pourra pas dépasser quinze autres jours.

ART. 9. — Le tribunal, après avoir reçu le rapport du directeur de l'asile, sur les conclusions du procureur du roi, procédant sommairement en Chambre du conseil, ou après avoir pris, s'il le juge nécessaire, l'avis d'autres médecins experts et toutes informations utiles, rend une ordonnance d'admission définitive de l'aliéné dans l'asile, ou de mise en liberté immédiate, et en informe l'autorité qui a permis l'admission provisoire.

Les personnes désignées à l'article 5, ont le droit de

réclamer contre une admission qu'elles ne croiraient pas justifiée.

En même temps que paraît l'autorisation de maintenir provisoirement l'aliéné dans l'asile, le tribunal pourvoit à la nomination d'un administrateur provisoire des biens de l'aliéné, sauf à rendre définitive cette nomination aussitôt qu'est rendue l'ordonnance d'admission définitive.

Les pouvoirs de l'administrateur provisoire sont égaux à ceux du tuteur d'un mineur, et l'autorisation du conseil de famille, dans les cas où elle est nécessaire conformément aux dispositions de l'art. 296 du Code civil, sera remplacée par l'autorisation de la Chambre du conseil du tribunal.

Les fonctions de l'administrateur continuent, même après la sortie de l'aliéné de l'asile, jusqu'à ce qu'une décision du tribunal la fasse cesser.

Les actes signés par un aliéné non interdit, pendant son séjour dans l'asile, ne seront pas considérés comme valables, à moins qu'il ne soit prouvé qu'ils ont été faits pendant un intervalle lucide.

ART. 40. — Lorsqu'une année s'est écoulée depuis l'admission d'un aliéné dans un asile, le procureur du Roi, sur le vu des déclarations du directeur qui certifie que le malade est dans un état habituel de débilité mentale, provoquera devant le tribunal, conformément aux articles 326 et 327 du Code civil; un jugement régulier d'interdiction.

ART. 41. — Les parents d'un aliéné dangereux qui ont l'intention de le faire traiter dans son domicile, et le médecin traitant, sont obligés de présenter une demande au procureur du roi, en y ajoutant les pièces exigées par l'art. 6, et en prouvant que les moyens qu'ils se proposent d'employer sont de nature à éloigner tout danger pour le malade et pour autrui.

Le procureur du roi prend les informations nécessaires, et lorsqu'elles sont rassurantes, il provoque devant le tri-

bunal la nomination d'un administrateur provisoire, et l'autorisation de traiter l'aliéné dans son domicile.

Dans le cas contraire, il enjoint de prendre d'autres mesures de précaution que celles indiquées dans la demande, ou bien il prescrit le placement de l'aliéné dans un asile public ou privé, conformément aux dispositions des articles précédents.

ART. 42. — Même dans le cas où il s'agit d'aliénés tranquilles, traités à domicile, les proches parents, le médecin traitant, sont obligés d'en faire la déclaration à l'autorité de sûreté publique dans le délai maximum d'un mois après la première manifestation de la maladie.

L'autorité de sûreté publique devra en informer immédiatement le procureur du roi, en lui donnant tous les renseignements nécessaires pour qu'il fasse nommer à l'aliéné un administrateur provisoire, conformément à l'art. 339 du Code civil.

Lorsqu'une année se sera écoulée sans que la guérison ait été constatée, les plus proches parents de l'aliéné, le médecin traitant, devront provoquer un jugement régulier d'interdiction, aux termes des art. 326 et 327, déjà cités du Code civil.

L'omission de la déclaration, tant de la part du proche parent que de la part du médecin traitant, sera punie d'une amende de 50 fr. à 4,000 fr.

Sorties des aliénés.

ART. 43. — Quand un aliéné est complètement guéri, le directeur en donne avis au procureur du roi, lequel, dans un délai de cinq jours, demandera au tribunal de rendre une ordonnance de sortie, et de prescrire les mesures propres à faire cesser l'administration provisoire ou l'interdiction.

Une déclaration signée par le directeur de l'asile affirmera que la guérison est complète; s'il y a d'autres méde-

cins attachés à l'asile, l'un d'eux devra signer aussi cette déclaration.

Le directeur, aussitôt qu'il a obtenu du tribunal l'ordonnance de sortie, informe le préfet, le sous-préfet, le maire de la commune où le malade avait sa demeure au moment de son envoi dans l'asile, afin qu'il soit pourvu sans retard à la sortie de l'asile de l'aliéné guéri.

ART. 44. — Le tribunal, sur la proposition du directeur, pourra autoriser la sortie à titre d'essai, en déterminera la durée; cette sortie n'aura lieu que dans les cas où l'amélioration est telle que le malade peut être soigné et gardé dans son domicile, et que, si la demande en est faite par les ascendants ou les descendants, par l'époux, ou par le tuteur de l'aliéné.

L'administration provisoire ou l'interdiction ne cesseront pas avant que, sur le vu d'un certificat médical, et après les vérifications nécessaires, le tribunal ait déclaré la sortie définitive.

Si, dans cette période d'épreuve, il est constaté que le malade a eu une rechute, il n'est pas nécessaire pour la réadmission de remplir d'autres formalités que celle de faire vérifier la rechute par le directeur, lequel en donnera aussitôt avis au tribunal.

ART. 45. — Lorsque, contre l'avis du directeur de l'asile, les malades non encore guéris, ayant besoin de soins, sont réclamés par leurs familles qui veulent les traiter à domicile, la demande doit être faite au tribunal, lequel, après avoir pris l'avis du directeur, et, s'il y a lieu, celui de médecins experts, aux frais de qui fait la demande, accordera la sortie seulement dans le cas où seront reconnues suffisantes les garanties pour le traitement et la surveillance du malade.

Aliénés reconnus incurables et inoffensifs.

ART. 16. — Le directeur de l'asile fera connaître au procureur du roi les malades incurables inoffensifs, en état d'être transférés à leur domicile, ou placés de toute autre manière en dehors de l'asile.

Le procureur du roi demandera au tribunal l'ordonnance de renvoi des aliénés du manicomie.

Cette ordonnance de renvoi rendue par le tribunal, le directeur de l'asile, par l'entremise du préfet ou du sous-préfet, communiquera à la famille de l'aliéné, ou aux personnes qui ont fait la demande d'admission, les déclarations produites sur son état. Les mêmes communications seront adressées aux communes s'il s'agit d'aliénés indigents.

ART. 17. — Dans un délai de trois mois, à compter de la date de l'ordonnance de renvoi rendue par le tribunal, la commune devra pourvoir à ce que l'aliéné pauvre, reconnu incurable et inoffensif, soit placé dans sa famille, ou dans un établissement de bienfaisance, aux frais de la commune, quand il ne sera pas possible d'obtenir la gratuité.

Si les tentatives faites pour placer l'aliéné dans ces conditions restent sans résultat, celui-ci restera dans l'asile, mais la dépense pour son entretien sera à la charge de la commune.

ART. 18. — Tous les actes relatifs aux demandes, aux informations et enquêtes, tant près le procureur du roi que devant les tribunaux, pour l'admission et pour la sortie d'un aliéné, seront rédigés sur papier libre.

ART. 19. — Sont à la charge des provinces :

Les dépenses de fondation et d'administration des asiles et des propriétés y annexées.

Les dépenses de traitement et d'entretien dans les asiles des aliénés pauvres, nationaux et étrangers, lorsque les familles de ces derniers ne sont pas en état d'y pourvoir, et

jusqu'à ce que le gouvernement ait pris soin de leur rapatriement, si toutefois les conditions de leur état mental le permettent.

Les dépenses du transport des aliénés d'un asile à l'autre, et spécialement à la charge de la province à laquelle incombent les dépenses d'entretien de l'aliéné.

Sont à la charge des communes :

Les dépenses d'entretien ou d'assistance des aliénés incurables et inoffensifs sortis des asiles, et placés, soit dans leurs propres familles, soit dans d'autres familles, soit dans des maisons de retraite qui ne peuvent pas les recevoir gratuitement.

Les dépenses d'entretien des aliénés pauvres, incurables et inoffensifs, dans les asiles, quand il n'a pas été possible d'y pourvoir autrement, aux termes de l'art. 47. Dans ce cas, le paiement des frais de pension commencera à courir trois mois après le jour de la déclaration de non opposition du tribunal à la sortie de l'aliéné de l'asile. Le prix de journée sera payé directement par la commune à la province.!

Enfin, la dépense de transport de l'aliéné à l'asile, et de retour de l'asile. A cet égard, si, dans le délai de quinze jours à dater du jour de l'envoi de l'avis de retirer l'aliéné de l'asile, la commune n'a pas pris les mesures nécessaires, l'administration provinciale y pourvoira sans retard, sauf le droit pour elle de poursuivre contre la commune, dans les formes prévues par la loi, le remboursement de ses dépenses.

Sont à la charge de l'État :

Les dépenses de transport à l'asile des aliénés pauvres d'origine étrangère, celles du transport de ces mêmes aliénés de l'asile à la frontière, dans le cas de leur remise au gouvernement étranger.

Pouvoir de l'État et des Conseils provinciaux sur l'administration des asiles. — Pénalités pour les contraventions.

ART. 20. — Le ministre de l'Intérieur, par l'entremise des préfets, veille à la marche régulière des asiles et du service des aliénés, à l'observation des lois et règlements qui s'appliquent à eux, et ordonne des inspections spéciales des asiles publics et privés.

ART. 21. — Le Conseil provincial, conformément aux dispositions de l'art. 4^{er} de la présente loi, désigne l'établissement dans lequel tous les aliénés de la province doivent être admis, et pourvoit, en ce qui le regarde, aux dépenses du service des aliénés indigents ; il veille à ce qu'ils soient convenablement traités, règle le service de leur transport à l'asile et de leur retour à leur domicile, et enfin exerce sa surveillance propre, par des visites annuelles et extraordinaires sur ces aliénés indigents maintenus dans leur domicile ; s'il y a lieu, il provoque leur retour à l'asile.

Dans sa session ordinaire, le Conseil provincial détermine le prix de journée à percevoir chaque année pour l'entretien des aliénés payants, et en informe les communes, les corps constitués, et les familles qui peuvent avoir intérêt à le connaître.

ART. 22. — Dans le délai d'un an à partir de la promulgation de la présente loi, les administrations des asiles tant publics que privés, devront présenter au ministre de l'intérieur un nouveau statut organique en accord avec la présente loi.

Ces statuts seront approuvés par un décret royal sur l'avis préalable du Conseil supérieur de santé.

Dans les statuts pour les asiles publics, il sera pourvu à la constitution de comités, ou à leur maintien s'ils existent déjà, pour le patronage des aliénés indigents sortis des asiles.

Les statuts approuvés, les susdites administrations, dans

un délai de six mois, soumettront leurs règlements intérieurs respectifs à l'approbation du préfet.

ART. 23. — Dans le cas de graves transgressions à la présente loi, bien que ces transgressions ne constituent pas un délit au sens du Code pénal, lorsqu'il n'aura pas été obtempéré aux réclamations répétées du ministre de l'Intérieur, il pourra révoquer les administrateurs, suspendre ou retirer l'autorisation des directeurs ou des propriétaires des asiles privés, et prendre toutes autres mesures qu'il jugera opportunes.

Dispositions transitoires.

ART. 24. — Tous les asiles publics et privés, tous les citoyens qui ne se trouveraient pas dans les conditions prescrites par les paragraphes 4 et 5 de l'article 2 et de l'article 3 de la présente loi, devront dans un délai de six mois se mettre en mesure de s'y conformer.

ART. 25. — Dans l'année qui suivra la promulgation de la loi, les directeurs des asiles devront transmettre au procureur du roi, aux fins indiquées dans les articles 40 et 44, la liste des aliénés maintenus dans leur asile, en tout ou en partie, à la charge de leur famille.

ART. 26. — Dans le même délai, le ministre de l'Intérieur présentera à la Chambre des députés un rapport sur la manière dont toutes les provinces et les administrations des manicomes se sont uniformément soumises à la loi ; ensuite, tous les cinq ans, il présentera un rapport général sur l'état et la marche de tout le service des asiles du royaume.

ART. 27. — Sont abrogées toutes les dispositions générales et spéciales en vigueur relativement aux aliénés dans les diverses provinces du royaume.

Asiles pour les aliénés dits criminels.

ART. 28. — Des asiles pour les délinquant aliénés sont institués aux frais de l'État.

ART. 29. — Seront internés dans les asiles de criminels, les délinquants reconnus aliénés après la condamnation.

Pourront cependant être maintenus dans les établissements pénitentiaires, les aliénés tranquilles, inoffensifs ou paralytiques, ceux qui sont atteints de délire transitoire, les condamnés à une peine qui n'excède pas une année lorsque les moyens de traitement ne font pas défaut, et lorsque ces aliénés ne compromettent pas la discipline intérieure.

Pour les condamnés, dont il est question à l'article 95 du Code pénal, le gouvernement pourvoira à ce que, dans les prisons ou dans les maisons de détention, la répression et le traitement puissent y être appliqués en même temps.

ART. 30. — S'il s'agit d'inculpés de délits graves, spécialement dans le cas de récidive, lorsqu'il est intervenu en faveur de ces inculpés, en raison d'un vice d'organisation mentale, soit un acquittement, soit une ordonnance de non-lieu, le tribunal ou la Cour pourra ordonner qu'ils soient internés dans l'asile criminel, alors que les conclusions du rapport de deux médecins aliénistes au moins, auront établi qu'ils présentent un véritable danger pour la sûreté publique, en raison de leur infirmité mentale congénitale ou acquise et permanente.

Ils y seront retenus jusqu'à ce que le tribunal ou la Cour, sur la proposition du directeur, l'avis du médecin traitant de l'établissement, et s'il y a lieu, l'avis d'autres médecins aliénistes, aura reconnu qu'ils peuvent être sans danger rendus à la liberté.

ART. 31. — Les prévenus maintenus dans les maisons d'arrêt préventives, non encore condamnés, et devenus aliénés, seront renvoyés aux asiles publics.

Toutefois l'autorité judiciaire, lorsqu'elle le croira nécessaire, pourra ordonner qu'ils soient conduits aux asiles criminels pour y être tenus à sa disposition.

ART. 32. — Le passage des condamnés, de l'établissement pénitentiaire à l'asile criminel, ou de celui-ci au premier, aura lieu par ordre du ministre de l'Intérieur, sur le rapport du médecin de l'établissement, et, s'il y a lieu sur l'avis d'autres médecins aliénistes.

ART. 33. — Pour les prévenus, le passage des maisons d'arrêt préventives aux asiles publics ou criminels, et vice versa, aura lieu sur l'ordonnance des tribunaux ou des Cours, vu l'avis des médecins de l'établissement, et au besoin d'autres médecins aliénistes.

La même ordonnance sera nécessaire pour l'internement dans lesdits asiles de prévenus en liberté.

ART. 34. — A l'expiration de la durée de la peine des délinquants aliénés internés dans les asiles criminels, le Tribunal, sur l'avis du médecin, et s'il est nécessaire, sur l'avis d'autres médecins aliénistes, décidera, par une ordonnance motivée, si l'aliéné doit rester dans l'asile criminel jusqu'à sa guérison complète, s'il doit être rendu à sa famille, ou conduit dans un asile public ou privé.

ART. 35. — Les dépenses d'entretien des délinquants aliénés, condamnés ou prévenus, soit dans les asiles criminels, soit dans les asiles publics, seront à la charge de l'État.

La compétence des dépenses pour les individus renfermés dans les asiles criminels, aux termes des articles 30 et 34, sera déterminée d'après les règles établies pour l'entretien des aliénés des communes.

ART. 36. — Les dispositions de l'article 19 seront applicables à la surveillance et à l'inspection des asiles criminels.

ART. 37. — Un décret royal, approuvant le règlement, établira les règles pour l'application de la présente loi.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

ANNÉE 1883

Analyse par le Dr KÉRAVAL

- A. LA PSICHIATRIA (1^{re} année.)** — **1.** *L. Bianchi*. Sulle compensazioni funzionali della Corteccia del cervello (fasc. 1). — **2.** *G. Nicolucci*. Il cervello dell' uomo considerato sotto l'aspetto antropologico (fasc. 2). — **3.** *G. Cantarano*. Contributo alla casuistica della inversione dell' istinto sessuale (fasc. 3). — **4.** *S. Tonnini*. I nuclei del corpo striato (fasc. 4).
- B. IL PISANI (année IV).** — **5.** *B. Salemi-Pace*. Contributo al riconoscimento medico-legale delle Macchie di Sangue. — **6.** *B. Salemi-Pace*. Le Cardiopatie nei pazzi.
- C. RIVISTA SPERIMENTALE DI FRENIAITRIA, etc. (année IX).** — **7.** *C. Golgi*. Sulla fina Anatomia degli organi centrali del sistema nervoso (f. I. II. III. IV). — **8.** *Seppilli*. Contributo clinico ed anatomopatologico alla paralisi progressiva nella donna (f. I). — **9.** *Ama-dei*. La capacità del cranio negli alienati (f. I). — **10.** *Tamburini*. Sulla Pazzia del dubbio con timore del contatto (misofobia, rapofobia ecc...) e sulle idee fisse ed impulsive (f. I. II. III.) — **11.** *Bucola*. Sul tempo della dilatazione riflessa della pupilla nella paralisi progressiva degli alienati ed in altre malattie dei centri nervosi (f. I). — **12.** *Petrone*. La stricnina nella paralisi infantile cronica ribelli ad ogni trattamento (f. I). — **13.** *Tenchini*. Sopra alcune varietà della scissura di Rolando dell' encefalo umano ed in specie di una assai singolare trovata nel cervello di donna demente (f. II. III.). — **14.** *Tonnini*. I disturbi spinali nei pazzi pellagrosi (f. I.). — **15.** *Bucola*. Il tempo del processo psichico nella esthesiometria tattile (f. II. III.). — **16.** *Tamburini e Marelli*. Contributo allo studio delle localizzazioni e dei gliomi cerebrali (f. II. III.). — **17.** *Marelli*. Sulla fina Anatomia dei corpi striati (f. II. III.). — **18.** *Poggi*. Varietà delle circonvoluzioni cerebrali nei pazzi (f. IV.).
- D. ARCHIVIO ITALIANO PER LE MALATIE NERVOSE, etc. (année XX).** — **19.** *L. Frigerio*. Frenosi alcoolica e frenosi paralitica (f. I. II.). — **20.** *L. M. Petrone*. Il ferro rovente nella cura degli spasmi (f. I. II.). — **21.** *S. Tonnini*. Due casi simultanei ed omologhi di grande iste-

rismo (f. I. II.). — 22. *G. Albertotti*. La sensibilità tattile o meglio il senso locale negli alienati (f. I. II.). — 23. *G. Majorfi*. Delirio acuto degli alienati a forme melanolicostupida (f. III.). — 24. *S. Tonnini*. La pazzia circolare (f. IV.). — 25. *A. Verga*. Febre gastrica, accessi epilettici, morte rapida, congestione cneefalica, tumoretti adiposi, sulle eminenze testes; un vecchio sospetto (f. IV.). — 26. *Tarchini-Bonfanti*. Estasi ed ipnosi. (f. IV.). — 27. *A. Passerini*. Un caso di demonomania con accessi istero-epilettici periodici (f. IV.). — 28. *G. Seppilli*. La malattia di Thomsen (f. V.). — 29. *B. Bergesio*. La colicina nei catarri intestinali cronici degli alienati (f. V.). — 30. *Amadei et Tonnini*. La paranoia e le sue forme (f. VI.). — 31. *U. Maccabruni*. Sopra un caso di paralisi generale progressiva degli alienati a forma circolare (f. VI.).

E. GIORNALE DELLA R. ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO (année XLVI). — 32. *Morselli e Buccola*. Contributo clinico alla dottrina della pazzia sistematizzata primitiva (numér 4-5).

(1). Il existe, dit M. Bianchi, chez le chien, une zone motrice destinée à l'innervation des muscles de la moitié opposée du corps de l'animal. Les limites n'en sont point marquées au cordeau, mais elle ne dépasse guère 4 centimètre en arrière du gyrus postérieur. Dans cette zone, on rencontre certains points particulièrement excitables dont la sollicitation se traduit par des mouvements déterminés; mais les éléments centraux qui correspondent à chacun des groupes musculaires sont aussi répandus sur les autres parties de la zone motrice. C'est pourquoi l'étendue et l'intensité des phénomènes de défilé qui succèdent aux mutilations sont en rapport avec la grandeur de la surface détruite. En revanche, les éléments qui échappent à la lésion remplacent dans leurs fonctions les éléments détruits. De là l'amendement des symptômes paralytiques. L'ablation totale de la zone motrice d'un côté détermine la suppléance fonctionnelle de la région corticale correspondante du côté opposé, grâce à l'existence normale, dans chaque hémisphère, d'un certain nombre de fibres non entrecroisées, qui s'éduquent et se développent à cette occasion. La résection de la zone motrice ne s'accompagnerait pas, chez le chien, de troubles de la sensibilité. Le centre visuel occupe dans l'écorce une très grande étendue; on y doit distinguer diverses régions, les unes appropriées aux perceptions de clarté et de couleur, les autres à celles de dimension et de mouvement (sens musculaire de l'œil): d'autres enfin associeraient ces éléments isolés pour former une image d'ensemble. Ici aussi la démarcation physiologique laisse à désirer, en ce sens

que chaque district jouit de la faculté de compensation, de sorte que l'effet des destructions partielles est purement passager ; il n'est pas entier non plus, car une hémianopsie bilatérale sera plus large sur l'œil du côté opposé que sur l'œil homonyme. L'ablation absolue du centre visuel déterminera un trouble du même genre, permanent, irréparable, à l'égal de la section transverse des parties postérieures de la capsule interne ; l'hémisphère de l'autre côté est incapable, dans l'espèce, de réparer les désordres. Telle est la substance de ce mémoire.

(2). Nous voyons d'important à enregistrer dans le travail de M. Nicolucci les pesées et les cubages suivants :

	Age	Cubage intra-crân.	P. du cerveau.
Physicien Volta.	82 ans	4745 cc.	4542 gr.
Poète E. Pétrarque.	70	4602	4417
Poète Dante Alighieri.	56	4493	4320
Chirurgien A. Scarpa.	80	4455	4287

(3). Une jeune fille de vingt ans, indemne de toute tare héréditaire, présente un caractère capricieux. Excitable, elle se montre peu apte aux travaux intellectuels et préfère vagabonder. On la met dans une maison de retraite ; c'est là qu'à l'âge de 15 ans elle est réglée pour la première fois (menstruation irrégulière). Elle se lie intimement avec ses camarades et cohabite avec elles comme si elle était un homme. Un an plus tard, elle s'enfuit chez elle, met le feu à la maison et fait peser l'accusation sur son frère. Nouvel essai de réintégration dans la maison de retraite ; nouvel insuccès. Confiée à une tante, elle s'échappe de la maison, habillée en homme, et va, dans un lupanar, visiter une de ses anciennes compagnes, mais celle-ci lui fait un mauvais accueil et la fait arrêter. On constate à ce moment qu'elle est encore vierge. Une seconde équipée semblable entraîne le placement dans un asile d'aliénés ; ici amourettes sentimentales avec une malade et des gardiennes. Froid absolu à l'égard des hommes ; conscience de son état. Nulle anomalie dans le développement ; c'est bien une femme parfaitement développée.

(4). Il serait, d'après M. Tonnini, dans certaines circonstances favorables, possible d'établir un diagnostic différentiel entre les lésions du noyau caudé et celles du noyau lenticulaire. Les unes comme les autres donneraient naissance à des trou-

bles moteurs, sensitifs, vasomoteurs. Mais les symptômes moteurs seraient plus prolongés, plus fréquents, et s'associeraient plus souvent à des perturbations sensitives et vasomotrices dans la lésion du noyau caudé. Lorsque tous les symptômes décroissent uniformément, on a affaire à une altération du noyau lenticulaire. Si les symptômes moteurs disparaissent les premiers, et que d'autres raisons permettent d'exclure la capsule interne, il est très probable que l'on a affaire à une lésion du segment postérieur du noyau lenticulaire. Généralement le noyau lenticulaire n'est pas atteint, quand la clinique permet de localiser un foyer dans le noyau caudé; mais quand les symptômes plaident en faveur de la localisation dans le noyau lenticulaire, il se peut que le noyau caudé soit en même temps affecté. Les foyers du noyau caudé sont bien plus rares que ceux du noyau lenticulaire.

(5). Les cristaux d'hémine constituent le caractère fondamental à l'aide duquel on détermine la présence du sang. Il existe des cas dans lesquels on ne peut obtenir ces cristaux, quoiqu'on ait affaire à des taches de sang; mais c'est qu'alors l'hémoglobine est altérée, ou bien que le mode opératoire est vicieux. M. Salemi-Pace décrit un procédé qui, pendant douze ans, lui a fourni un résultat constant; sa méthode, basée sur l'emploi de l'acido-acétique et de la chaleur, repose sur la façon, et d'ajouter juste la quantité du réactif nécessaire, et de chauffer à point nommé. Il y a là un tour de main que la traduction littérale serait seule capable de faire saisir. En tout cas le procédé chimique en question l'emporte sur l'analyse spectroscopique, car il permet de produire en justice le corps du délit.

(6). Cinq années d'observation éclairée par des études nécroscopiques (1879-1883) ont révélé à M. Salemi-Pace au manicomme de Palerme 75 p. 400 de cardiopathies chez les aliénés: sur 120 autopsies, il a vu 88 individus (54 h. 34 f.) présenter des altérations cardiovasculaires, 32 n'en pas offrir. Il faut donc, tout en conservant l'opinion commune de l'influence des affections du cœur sur la genèse de l'aliénation mentale, dire également qu'il existe une *dystrophie cardiaque consécutive à une innervation anormale*.

(7). Les études d'anatomie microscopique de M. Golgi datent en réalité de 1882. A cette époque, il commença, dans le recueil dont nous avons transcrit le titre *supra*, la publication de ce grand mémoire du reste inachevé. (Voy. loc. cit. VIII an-

nées, fascicules III, IV). Aujourd'hui on y compte six parties qui sont : I. *La structure, la morphologie, et les rapports mutuels des cellules ganglionnaires*. II. *L'origine centrale des nerfs*. III. *La morphologie et la disposition des cellules nerveuses dans les circonvolutions centrale antérieure (frontale ascendante) et occipitale supérieure*. IV. *La fine anatomie des circonvolutions cérébelleuses*. V. *La fine anatomie du grand pied d'hippocampe*. VI. *Remarques sur la superficie supérieure du corps calleux*. Nous ne pouvons analyser un tel ensemble qu'en y cueillant les particularités qui nous ont frappé, tant au point de vue de l'histologie générale qu'à l'égard des connexions saillantes. La méthode consiste dans l'utilisation du bichromate de potasse associé au nitrate d'argent. De ses colorations, l'auteur déduit que les cellules nerveuses ne sont pas directement unies les unes aux autres, que les prolongements protoplasmiques qu'elles émettent se ramifient en des branches extraordinairement fines qui ne se transforment d'ailleurs pas en réticulum nerveux; que les prolongements cylindraxiles, avant d'approcher de la substance blanche, fournissent de fins ramuscules, qui abordent une espèce de cellule, d'une extrême finesse; que certaines cellules se continuent bien à l'aide de leurs tentacules cylindraxiles, dans une fibre myélinique, mais non sans qu'auparavant ces tentacules se soient ramifiés. De là deux espèces de cellules nerveuses, les unes émettant un prolongement cylindraxile qui, plus ou moins ramifié, passe, sans perdre son individualité, dans une fibre nerveuse (cellules psychomotrices), les autres constituant par leurs prolongements cylindraxiles, un réseau diffus (cellules psychosensitives). Ces deux genres de cellules sont partout mélangés dans les organes centraux. Les nerfs périphériques sont simultanément unis à tous les groupes cellulaires. De sorte que toute impression sollicite une multitude de réseaux. Le réticulum de la névroglie se compose : 1° des fibrilles qui dans la substance grise émanent du prolongement cylindraxile totalement ramifié; 2° des fibrilles qui constituent leurs prolongements secondaires du cylindre des cellules de la première sorte; 3° des prolongements protoplasmiques des deux espèces de cellules. Les prolongements protoplasmiques ne sont pas destinés aux origines des fibres, ils sont plutôt en rapport avec les cellules du tissu conjonctif, ils ne sont pas destinés non plus aux connexions ganglionnaires, les cellules nerveuses étant toutes unipolaires. — En ce qui concerne les groupements régionaux, la corne d'Ammon serait formée de deux circonvol-

lutions : la circonvolution de l'hippocampe enroulée, et le corps godronné de Petit, celui-ci provenant des masses grises des nerfs de Lancisi. La première circonvolution serait à la surface revêtue de l'alveus, lequel représenterait le prolongement de la substance blanche de la circonvolution de l'hippocampe, et se dirigerait dans le corps bordant. Les nerfs de Lancisi contiendraient non-seulement des stries blanches qui passeraient dans la substance réticulaire (limite du gyrus hippocampi et de la corne d'Ammon) mais encore des masses grises qui viendraient dans le corps godronné. — Le renflement du nerf olfactif posséderait, lui aussi, les deux espèces de cellules nerveuses signalées ; les fibres du ruban olfactif ainsi que celles de la commissure antérieure proviendraient des cellules de la seconde catégorie, tandis que les cellules de la première iraient constituer les premiers linéaments de la couronne rayonnante.

(8). S'appuyant sur quelques observations de paralysie générale chez la femme, *M. Seppilli* conclut que cette maladie revêt la même forme typique que chez l'homme, tant en ce qui regarde les symptômes qu'au point de vue de l'anatomie pathologique ; mais les excès sexuels et la ménopause jouent un rôle étiologique important.

(9). Examen de 475 crânes d'aliénés et comparativement de 212 autres crânes.

	Moyenne de la capacité	
	Hommes	Femmes
Chez les aliénés.	2.544 c. c.	4.344 c. c.
Chez les individus non aliénés. . .	4.474 c. c.	4.316 c. c.

(10). Observation concernant une femme de trente-trois ans. Il y aurait lieu de distinguer trois formes de *folie du doute* : forme légère ; forme de gravité moyenne ; forme très grave. Toujours on se trouve en présence d'un délire partiel greffé sur un affaiblissement de la volonté, qui apparaît surtout dans les cas de moyenne gravité (délire des actes) et détermine des impulsions irrésistibles dans les cas de haute gravité. Ces deux éléments morbides ne sont probablement que l'expression d'un même état pathologique (dystrophie cérébrale des dégénérés).

(11). — Quel temps faut-il pour qu'une excitation doulou-

reuse (de la peau) provoque la dilatation pupillaire réflexe ? Chez les gens sains, il faut 0^m688 ; 0,726 ; 0,723, jamais plus de 0,85, jamais moins de 0,576. *Buccola* constate chez lui 0,220 à 0,240.

L'examen de 15 paralytiques généraux (dont 2 femmes) fournit les résultats suivants :

Chez 7 d'entre eux (6 H. 4 F.) pas de réaction.

Chez 8 autres paralytiques généraux ordinaires on note 4.02, 4.04, 4.45.

Voici quelques répartitions suivant les périodes :

	Moyenne
1 ^{er} stade.	4.027
2 ^e stade.	4.392, 4.440, 4.456
3 ^e stade.	4.438

Dans la forme démente, on constate

comme moyennes. 4.405, 4.076

Chez la femme à droite 4.490

à gauche 4.038

Dans la démence avec hémiparésie motrice et sensitive

on obtient 4.46

Dans la myélite chronique diffuse pellagreuse 4.448

Dans la sclérose disséminée. 4.209

Un cas de manie. 0.746

Un cas d'hypochondrie. 0.737

(12). Quand la maladie a opiniâtrément résisté à tout traitement on administre :

Sulfate de strychnine 0 gr. 04

Extrait de gentiane 6 grammes.

En 20 pilules, 2 pilules chaque jour. On fait simultanément pratiquer un massage et une gymnastique méthodiques. Guérison en 4 mois 1/2 à 2 mois, même en des cas désespérés.

(13). Voici 444 cerveaux, qui provenant d'hommes (4/2), qui ayant appartenu à des femmes (4/2). Neuf fois chez l'homme un pont de substance nerveuse est jeté au-dessus du sillon de Rolando (4 f. à dr. 5 f. à g.) ; 6 fois cette anomalie se rencontre chez la femme, 3 f. à gauche, 3 f. à droite, 4 f. des 2 côtés ; c'est généralement au tiers inférieur du sillon que cela a lieu. Il se peut faire également que le sillon s'ouvre dans la scissure de Sylvius : ceci s'est vu chez un homme (à gauche) et chez 5 femmes (2 fois des 2 côtés, 3 fois à gauche). Notons

encore le raccourcissement anormal (de 2 à 3 c.) du sillon de Rolando et de la frontale ascendante (4 cas), portant sur l'hémisphère gauche d'une femme. Enfin le sillon de Rolando, presque complètement absent, sera, à l'occasion, remplacé par une série de petites fissures sans profondeur, ne communiquant pas entre elles; le sillon *prærolandique* se prolonge alors dans le sillon frontal supérieur, et le sillon *postrolandique* est recouvert d'une languette de substance nerveuse; l'observation, minutieusement décrite par M. *Tenchini*, concerne une imbécile de 30 ans.

(14). Quarante pellagres arrivés au dernier stade ont été étudiés par M. *Tonnini*. Quatre fois seulement le réflexe patellaire fit défaut; il est vrai que d'autres circonstances pouvaient être la cause de cette anomalie (œdèmes étendus, etc.). En dix cas il fut trouvé exagéré. Les mêmes remarques ont été faites sur la pellagre dans sa première période. Il est aussi fréquent de rencontrer dans l'arachnoïde spinale de ces malades des productions osseuses (44 fois sur 32 cas); elles siègent exclusivement en arrière de la moelle, à la périphérie, et se remarquent particulièrement chez des individus jeunes.

(15). M. *Buccola* prend un compas esthésiométrique; il gradue, en tâtonnant, l'éloignement des branches de cet instrument avant de l'appliquer sur le revêtement tégumentaire, et note le temps qui est nécessaire pour qu'un individu reconnaisse un simple ou un double contact; ce temps va-t-il varier quand le sujet sera exercé? De ses essais il résulte que le temps de réaction diminue, de par l'exercice, pour une place déterminée de la peau, que la réaction s'effectue d'autant plus rapide que les pointes du compas sont plus éloignées l'une de l'autre, que les sensations doubles sont généralement perçues un peu plus vite (la différence n'est que de quelques millièmes de seconde). Voilà le gros du travail.

(16). Observation d'une femme de trente-huit ans, accusant depuis plusieurs mois du malaise général, de la céphalalgie. Il y a trois mois, violentes attaques convulsives accompagnées de perte de connaissance, prédominant sur l'extrémité supérieure droite et la face; elles se répètent jusqu'à 12 fois la nuit. A ceci s'ajoutent de l'embarras de la parole, une intensité démesurée de la céphalalgie, des phénomènes psychiques

(agitation, excitabilité, désordre dans les idées), de l'hémi-parésie droite. Sensibilité normale. Aphasie amnésique. Agraphie. Céphalalgie pariétale gauche. Finalement, vomissements violents, prostration générale. *Autopsie.* Sorte de tuméfaction élephantiasique des 2 frontales inférieures ainsi que de la frontale ascendante (principalement dans son tiers inf.); en même temps ces régions sont profondément ramollies jusque dans la substance blanche et parsemées de quelques foyers apoplectiques. La matière ramollie se compose principalement de cellules épaissies qui mesurent jusqu'à 28 μ . (hyperplasie conjonctive ?); les cellules nerveuses assez bien conservées ont diminué de nombre.

(17). On trouve dans le corps strié du veau, du lapin, du chat, du chien deux sortes de cellules nerveuses ganglionnaires; les unes, en grand nombre, sont petites, quelques-unes sont grosses. Toutes possèdent un prolongement cylindraxile et plusieurs prolongements protoplasmiques. (*Pour le reste voyez Golgi, n° 7.*)

(18). Le travail M. Poggi est basé sur l'examen de 50 cerveaux (25 H. 25 F.) d'aliénés. Il relève le faible développement et la direction descendante du rameau antérieur de la scissure de Sylvius; cette dernière s'anastomoserait plus rarement que d'habitude avec les sillons præ et postrolandiques; il y aurait plus souvent duplicité de la scissure calcarine; la scissure occipito-pariétale externe (perpendic. ext.) serait plus marquée, le sillon de Rolando et les sillons frontaux se réuniraient moins fréquemment.

(19). Il n'y a pas lieu d'établir une forme de *pseudo-paralysie générale consécutive à des excès alcooliques*. En général, dans l'alcoolisme chronique, prédomine le délire des persécutions avec hallucinations caractéristiques et accès impulsifs; dans les cas rares où il existe une mégalomanie accentuée, les idées de grandeur ne sont pas aussi monotones et d'une aussi longue durée que dans la paralysie générale. Tandis que les troubles de coordination de la paralysie générale atteignent successivement la langue et les lèvres (parole), les mains (fins travaux de l'écriture), chez l'alcoolique, les tremblements partent des extrémités inférieures et montent graduellement vers les régions supérieures. Les pupilles, très étroites ou anormalement dilatées dans la paralysie générale, sont inégalement dilatées dans l'alcoolisme chronique.

(20). Les cas opiniâtres de tics convulsifs, convulsions toniques et cloniques de diverses sortes, rebelles à la thérapeutique, peuvent céder au *fer rouge*. Il suffit d'appliquer à l'aide du thermocautère Paquelin une ligne de feu de 4 à 6 pouces de long de chaque côté de la région de la colonne vertébrale correspondante. Sur les sept observations présentées par M. Petrone, six malades ont guéri. Il s'agissait de spasmes en rapport avec le trijumeau, avec le facial, avec l'accessoire de Willis, avec le médian, avec les nerfs lombaires et sacrés. Il faut de trois semaines à trois mois pour que le résultat soit définitif; on a soin de maintenir la révulsion des plaies produites par la cautérisation, à l'aide de la pommade stibiée.

(21). Deux jeunes filles liées d'amitié, âgées de 17 et 19 ans, sont prises presque en même temps d'*hystérie grave*. Comme l'une d'elles ne fut atteinte qu'après avoir vu l'autre tomber malade, on obtint la guérison en les séparant.

(22). L'esthésiométrie et la dynamométrie pratiquées chez des épileptiques, des maniaques, des pellagroux, des mélancoliques, des déments, des alcooliques, démontreraient, d'après M. Albertotti, que c'est le cerveau qui sent et non les conducteurs périphériques. Si Mucius Scaevola put stoïquement se brûler la main, c'est qu'irrité contre lui-même, et tout à la fois préoccupé du sort qui l'attendait (peine de mort), il dut être atteint d'un accès de folie passager qui supprima momentanément la perception douloureuse du centre.

(23). M. Maiorani croit pouvoir à l'aide de six observations constituer une nouvelle modalité morbide, caractérisée par un stade mélancolique prodromique d'une durée variable, par de la mélancolie grave avec stupeur. Tous les symptômes morbides (trouble profond de la connaissance, dépression extrême, hallucinations sensorielles, anxiété, désordre excessif dans les idées, perte absolue de toute réaction, crises d'excitation alternantes, hyperthermie, tension puis flaccidité des muscles, disparition de l'excitabilité réflexe, de la sensibilité tactile et douloureuse, constipation opiniâtre, insomnie) atteignent presque tout à coup une intensité remarquable. En une à deux semaines l'épuisement psychique et somatique est à son comble et le patient meurt; ou bien, ce qui est rare, la guérison s'effectue lentement, et les malades ultérieurement tombent en démence. L'autopsie ne révèle aucun caractère particulier. Dans la plupart des cas, il s'agit de femmes arrivées à l'âge

moyen de la vie. Parmi les causes, l'auteur invoquerait l'hérédité, le célibat, les ébranlements moraux, les divers états d'anémie et de cachexie.

(24). Pour faire connaître la *folie circulaire* en Italie, M. Tonnini adopte la description que voici : c'est une psychose de dégénérescence caractérisée par une période d'exaltation, et une période de dépression, dont les accès se suivent immédiatement l'un l'autre ou sont séparés par un intervalle lucide. L'hérédité, la périodicité, l'évolution (absence de démence) appuient l'idée de la nature dégénérative de cette affection. Le stade mélancolique apparaît habituellement le premier soit sous la forme de mélancolie simple, soit sous la forme de stupidité, les symptômes physiques concomitants (amaigrissement, inappétence, troubles digestifs) n'ont aucune importance nosologique. Le stade maniaque, qui suit, revêt généralement l'aspect d'exaltation simple, de folie raisonnante, d'inversion du sens génital, d'excitation sexuelle; il y a simultanément hypersthénie de toutes les fonctions physiques mais sans augmentation de poids. Ces deux phases ont d'ordinaire une longueur égale. La maladie n'est pas une trophonévrose; si protéiforme qu'elle soit, elle ne se plie pas à la multiplication des espèces. L'évolution se traduit toujours par l'alternance nette ou moins frappante du type circulaire. C'est bien une psychose périodique, car, à bien des égards, elle présente des analogies avec la manie et la mélancolie périodiques, mais elle mérite une place à part. Il est très rare qu'elle guérisse, rare aussi qu'elle aboutisse à la démence. Parmi les causes, l'hérédité apparaît au premier plan; les plaies de tête, affections nerveuses, etc., viennent en second. On n'en connaît pas la pathogénie. La thérapeutique reste à peu près désarmée; le traitement symptomatique et les toniques constituent les moyens à employer. Au point de vue médico-légal, les malades de cette sorte sont des invalides même pendant les intervalles lucides.

(25). En présence d'une indigestion accompagnée de fièvre violente avec attaque d'épilepsie, M. Verga fait administrer un anthelminthique. Un grand nombre de parasites sont évacués, mais l'état morbide persiste. Il s'y joint même une immobilité fixe de la pupille et du sopor. On diagnostique de la pellagre coexistant avec de l'épilepsie. Quatre semaines plus tard, retour quotidien des attaques, mouvements choréiformes du

côté gauche, sueurs profuses, coma. Mort six jours après. Autopsie. Adhérence intime de la pie-mère à l'écorce du cervelet; cornes d'Ammon injectées et légèrement ramollies; trois petits lipômes occupent, dans la pie-mère, la région des tubercules quadrijumeaux postérieurs; il semble qu'ils aient comprimé ces organes qui paraissent atrophiés de moitié. Conclusion: la lésion cérébrause relève de la pellagre, car certains symptômes de la pellagre (amblyopie, titubation, convulsions, contractures, marasme) indiquent pareille localisation; l'épilepsie émane de la corne d'Ammon.

(26). Une fillette de dix-sept ans, à demi idiote, est, quelques heures avant la mort de son père, prise d'un sommeil magnétique; hallucinations célestes (?) On arrive plus tard à l'hypnotiser; les mêmes scènes se reproduisent, mais on cesse les expériences, la malade ayant tenté à la suite de l'une d'elles de se suicider. Actuellement cette jeune fille se met elle-même en état d'hypnotisme et s'en tire par les méthodes connues qu'elle pratique spontanément, tant l'extase lui est devenue agréable. On est obligé de l'en déshabituer.

(27). Une jeune imbécile d'humeur triste est enfermée par sa mère dans une chambre; désireuse de sortir, elle promet son corps et son âme au démon, pour être libérée de son cachot. Les jours suivants, la dépression s'accroît; elle est hantée par des visions terrifiantes, le diable lui apparaît pendant la nuit. Elle se rend à l'église, mais sur le seuil, elle est prise d'une attaque d'hystérie qui dure une heure; consécutivement, agitation anxieuse. Chaque jour à la même heure, accès identiques. Ils cessent à la suite de l'invocation d'une image miraculeuse; cependant ils reviennent tous les ans à Noël et à Pâques; il en est de même au mois de mai, c'est-à-dire à l'époque des dévotions à cette image. Les visions nocturnes, les hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale développent une systématisation de *délire de possession*.

(28). A raison des phénomènes obtenus chez les hystériques, M. Seppilli tend à croire que la maladie de Thomsen réside dans une élévation, d'origine centrale (spinale), de la tonicité musculaire.

(29). M. Bergesio a employé la cotoïne 80 fois chez 49 malades; il n'a obtenu qu'un seul résultat, et encore est-il bien.

douteux que la coloïne en soit la cause, car en réalité il ne s'agissait pas de catarrhe intestinal chronique.

(30). La première partie du travail en cours de publication, dont il s'agit ici ; résume les connaissances acquises sur la *folie systématique*.

(31). Observation de paralysie générale chez un héréditaire de 50 ans. Pendant longtemps on assista à des accès d'agitation des plus réguliers (conceptions mégalomaniques communes) alternant avec des périodes de dépression mélancolico-hypochondriaques. Ce stade circulaire persiste presque pendant cinq mois. Puis, rapidement le patient tombe dans la démence la plus profonde; à ce moment on a sous les yeux le tableau de la paralysie progressive : mort trois mois plus tard. Durée totale : environ trois ans. Il importe de faire remarquer que dès le début du stade circulaire, il s'était produit une attaque épileptiforme (hyperthermie præparoxystique de 38, 9) ; plus tard quelques attaques congestives à symptômes épileptiformes se produisirent. Moyenne pendant l'exaltation mégalomaniacale 36,6 pendant la dépression, 36,9.

(32). Dans la *folie systématique* il y aurait lieu, disent MM. Morselli et Buccola, de distinguer deux groupes. Le premier comprendrait les cas de folie systématique originelle dans lesquels le premier début du délire morbide doit être rattaché aux premiers temps du développement psychique. Le second embrasserait les cas de folie systématique primitive où, s'il existe fréquemment une tare héréditaire, la psychose ne se développe qu'à la suite d'une cause occasionnelle (traumatisme, maladie aiguë, ménopause). Cette distinction mérite, selon nous, d'être mise en relief.

JOURNAUX ANGLAIS

Le « Mental Science »

Année 1882 (4^{re} partie).Analyse par MM. les D^{rs} DUMESNIL et PONS.

L'aliénation mentale en Angleterre, discours d'ouverture prononcé à la huitième Section du Congrès médical international; par le Dr LOCKHART ROBERTSON, président, inspecteur de la Chancellerie.

Bien que les opérations du Congrès de Londres aient déjà été résumées dans une des intéressantes chroniques de M. le Dr Foville, nous croyons utile de compléter le travail de notre savant confrère par quelques détails sur l'assistance des aliénés dans la Grande-Bretagne, empruntés aux discours du président de la section psychiatrique.

Les aliénés traités dans les asiles publics d'Angleterre sont au nombre de 43,700 et représentent les 65 0/0 du nombre total des aliénés du pays. 40,000 sont indigents et répartis entre les asiles de Comté et de Bourg : les autres sont placés dans les asiles de Bourg et les hôpitaux enregistrés. Voici quelques détails sur ces divers établissements.

Asiles de Comté et de Bourg. — Au nombre de 60 ils contiennent 40,000 lits (250 à 2000 pour chaque asile). Chaque lit a coûté moins de 200 livres. Le prix d'entretien de chaque malade est de 40 shellings par semaine. En comprenant l'amortissement du capital et les réparations des immeubles, chaque malade revient environ à 40 livres par an.

Ces établissements sont placés par la loi de 1845 sous la juridiction d'une commission de juges de paix et sous le haut contrôle du secrétaire d'État de l'Intérieur. Ils sont administrés par un médecin directeur résidant et inspectés annuellement par les « Commissioners in Lunacy. »

Un rapport médical et financier destiné à la publicité est présenté par le directeur et la commission aux sessions trimestrielles.

La proportion moyenne des guérisons pendant dix ans (1870-1880) a été de 40,28 0/0 des admissions, et la mortalité de 40,50 0/0 sur la population moyenne. En Ecosse la statistique est plus favorable, et les chiffres qui représentent respec-

tivement les guérisons et les décès sont 44, 6 et 8 0/0. Les pensionnaires que reçoivent les asiles de Comté sont en général peu fortunés et ne réclament pas un confortable plus soigné que les indigents. Aucun asile de Comté en Angleterre, n'est pourvu d'une installation spécialement affectée, comme dans les autres pays d'Europe, aux aliénés de la classe riche. Le projet de loi Dillwyn, qui vient d'être retiré par son auteur, contenait un amendement destiné à pourvoir à ce mode particulier d'Assistance.

Depuis 1855, la population des asiles de Comté s'est accrue chaque année. En 1860, la proportion était de 57 0/0 par rapport au chiffre total des aliénés du pays ; en 1870 elle monte à 61, et en 1880 à 65 0/0. Cet accroissement est aussi préjudiciable aux intérêts des aliénés qu'à ceux des contribuables.

M. Robertson pense qu'on pourra réduire à 50 0/0 la proportion des malades traités dans les asiles publics, le reste étant reparté entre les workhouses (40 0/0) et les maisons privées (10 0/0). Cette économie est possible ; elle a été presque réalisée par la paroisse de Brighton qui ne maintient, dans les asiles publics, que les 55 0/0 de ces malades.

Hôpitaux d'aliénés (Asiles publics pour la classe moyenne). — Au nombre de 15 en comptant les asiles d'idiots d'Earlswood et de Lancastre, ces établissements appliquent les principes de traitement adoptés dans les asiles de Comté. Sur les 7,818 aliénés privés que contient le royaume, 2702 (36 0/0) sont traités dans les hôpitaux enregistrés. Leur entretien revient, tout compris, à une livre 15 shillings par semaine. Il faut désirer l'extension de ce système dont la supériorité sur les maisons de santé s'affirme par des chiffres. Pendant la dernière période décennale (1870-1880), la proportion des guérisons aux admissions y a été de 46, 84 0/0 ; dans les maisons de santé de la métropole, elle n'a été que de 30, 5, et dans les asiles privés de la province de 34, 7 0/0. La mortalité y est aussi moindre que dans les établissements similaires. En Ecosse, ce genre d'asiles est bien plus répandu qu'en Angleterre, puisqu'ils reçoivent les 84 0/0 des aliénés payants. Il convient enfin d'insister sur les avantages pécuniaires de ce système. L'hôpital de Saint-Andrew, à Northampton, qui contient 300 lits rapporte 40,000 livres par an, et sur cette somme 40,000 livres ont pu être prélevées l'an dernier pour son agrandissement. L'orateur estime qu'un tel asile, avec 300 pensionnaires, doit se libérer entièrement, au bout 30 ans, capital et

intérêts, avec ses propres bénéfices. Il est regrettable que le retrait de la loi Dillwyn qui était favorable à ce mode d'assistance ait fait ajourner un progrès sérieux.

Pour en finir avec les asiles publics. M. Robertson rappelle qu'il a proposé avec MM. Bucknill et Crichton Browne la création de trois hôpitaux pour les aliénés de la chancellerie. Ces malades traités jusqu'à ce jour dans des asiles privés, sont soustraits au contrôle direct des inspecteurs, et cette situation irrégulière offre de grands inconvénients.

Asiles privés. — 3,400 aliénés sont traités dans ces établissements qui sont au nombre de 35 pour la métropole (1850 malades) et de 64 pour la province. Les inspecteurs visitent six fois dans l'année les maisons de santé de Londres et seulement deux fois les asiles privés de la province qui sont placés en temps ordinaire sous la surveillance des magistrats. Tout en préférant à ces maisons autorisées les hôpitaux publics pour malades payants, l'éminent inspecteur admet volontiers que certaines familles doivent préférer les premières. Il demande la liberté complète, et compte sur l'avenir pour faire prévaloir ses idées. En Ecosse, l'expérience est déjà faite, et elle est toute favorable aux hôpitaux enregistrés. Tandis qu'en Angleterre 43 0/0 des aliénés riches sont traités dans des maisons de santé; la proportion des malades qui, en Ecosse, sont soignés dans des asiles privés, est devenue insignifiante. Elle n'est en effet que de 9, 5 0/0.

Aliénés traités chez les particuliers. — Un grand nombre d'aliénés subissent une séquestration inutile et peuvent être gardés dans les familles. Cette thèse, au service de laquelle le baron Mundy a mis, il y a vingt ans, un zèle et une énergie d'apôtre, a recruté des partisans éminents parmi lesquels il faut citer MM. Maudsley, Bucknill. L'orateur lui-même apporte pour la soutenir son expérience d'inspecteur de la chancellerie. Le tiers des aliénés placés sous sa juridiction peut être traité à domicile. En Angleterre, 6,000 aliénés indigents sont inscrits comme vivant chez leurs parents ou gardés chez les particuliers. Ils sont visités tous les trimestres par un médecin délégué par le « board of Guardians ». Le nombre de ces malades pourrait être augmenté. En Ecosse 14,7 0/0 des aliénés pauvres sont soumis à cette mesure, qui est très économique. Le prix d'entretien de ces malades n'atteint pas un shelling par jour, il n'est pas moindre de deux shillings dans les

asiles de Comté. L'extension de cette pratique présente donc des avantages considérables.

Hallucinations dans la paralysie générale des aliénés; par M. JULIUS MICKLE.

Ce mémoire ne comprend pas moins de trente deux observations qui paraissent, pour la plupart, légitimer les conclusions posées par l'auteur. Nous les reproduisons textuellement :

La fréquence et l'importance des hallucinations et des illusions dans la paralysie générale sont plus grandes qu'on ne le croit généralement.

L'évaluation donnée jusqu'ici des cas de paralysie générale dans lesquels existent des hallucinations de plusieurs sens, est probablement inférieure à la réalité.

Contrairement à l'opinion admise, les hallucinations de la vue ne sont guère plus fréquentes que celles de l'ouïe. Toutefois les premières s'observent chez les militaires paralytiques plus fréquemment que chez les militaires atteints de folie simple.

Chez ces derniers les hallucinations de l'ouïe prédominent sur celles de la vue ; elles sont aussi plus fréquentes chez eux que chez les militaires atteints de paralysie générale.

Les hallucinations de la paralysie générale ont pour caractères communs d'être souvent de courte durée, variables, non systématiques, à marche récurrente, multiples, absurdes, mal liées, parfois contradictoires, peu tenaces, et extrêmement agréables ou pénibles. Les lésions des centres corticaux sensitifs du cerveau sont intimement liées à la production de la plupart de ces hallucinations.

Dans la recherche des localisations, on doit tenir compte du siège des adhérences méningées et des altérations du tissu cérébral qui est en rapport avec elles.

Dans les cas d'hallucinations de la vue, le gyrus angulaire n'est pas aussi remarquablement affecté que le ferait supposer la théorie qui le considère comme l'unique centre cortical visuel. La même observation s'applique à la première temporo-sphénoïdale, en ce qui touche les hallucinations de l'ouïe. L'anatomie pathologique de la paralysie générale est en désaccord avec l'opinion qui place dans ces deux circonvolutions les centres corticaux de la vue et de l'ouïe.

De l'examen des faits rassemblés dans ce travail, il résulte que chez les hallucinés de la vue, la supra-marginale est plus

affectée que l'angulaire, et que les adhérences sont souvent très marquées sur le lobule postéro-pariétal. La seconde temporo-sphénoïdale a paru plus atteinte que la première dans les cas d'hallucinations de l'ouïe.

La nature de l'aliénation mentale. Les données de l'aliénisme ;
par M. Charles MERCIER.

Le premier mémoire a pour objet de définir l'aliénation mentale. Cette tâche n'est pas trop ardue si l'on entend par définition, comme l'auteur, la simple conception subjective qui correspond à l'existence objective d'un groupe de faits. La conduite et le fonctionnement mental sont, chez un aliéné, en relation directe avec l'activité des centres nerveux.

L'appréciation de cette modalité fonctionnelle constitue donc le premier élément d'une enquête sur la nature de la folie, et c'est l'étude du système nerveux qui préoccupera d'abord l'aliéniste. Il faut voir dans ce système un appareil chargé d'emmagasiner et de débiter la force nerveuse. Les désordres dont il est le siège correspondent à trois lésions fonctionnelles distinctes : Provision insuffisante de force, dépense incomplète, dépense excessive. Les formes dépressives de l'aliénation mentale, l'idiotie, l'imbécillité, la démence sont l'expression du premier état. Cet état moral particulier qu'on désigne sous le nom d'*ennui*, la folie résultant d'un isolement prolongé ont leur source dans une dépense incomplète de force nerveuse.

Dans la manie, il y a excès de dépense ; et si les centres nerveux ne se réparent pas en proportion, l'épuisement et la mort suivent. Il paraît donc établi que chaque forme d'aliénation mentale est marquée par la dépression, ou l'exaltation, où l'alternance de ces deux états. Il y aurait là une première conception de la folie, mais elle est trop large et, dès lors, insuffisante.

D'autres états morbides non compliqués de folie présentent des altérations fonctionnelles semblables. Il faut donc chercher, pour caractériser la folie, une formule plus précise.

Les centres nerveux n'ont pas seulement pour mission de dépenser la force ; ils la distribuent encore dans des directions données et dans la mesure voulue. C'est cette fonction que M. Mercier désigne sous le nom de coordinatrice. Il distingue deux coordinations : l'une concerne des mouvements simultanés dans des régions isolées de l'organisme, l'autre embrasse

l'organisme dans son ensemble. L'incoordination que l'on observe dans certaines maladies physiques est du premier genre; elle n'affecte que des points isolés de l'organisme et relève de la médecine ordinaire.

L'autre genre de coordination intéresse l'aliéniste.

Toute forme d'aliénation mentale doit être une incoordination, puisque ce trouble est la seule anomalie physiologique possible du système nerveux. La fonction psychologique, qui est la plus élevée, a pour but de coordonner les mouvements de l'organisme dans son ensemble et de le mettre en rapport avec le milieu, ou mieux d'adapter l'organisme à son entourage (Spencer). De là, une nouvelle manière de concevoir l'aliénation mentale.

L'étude de cette adaptation comprend trois éléments distincts : l'organisme, le milieu, et la fonction qui les met en rapport.

Chacun de ces éléments peut être, séparément, le point de départ de l'incoordination produite.

L'épilepsie, les névroses diverses fournissent des exemples remarquables de ce trouble physiologique. Lorsque le troisième élément, la fonction adaptatrice, est lésé, seulement alors, on peut conclure avec certitude qu'il y a folie.

Le même procédé peut servir à distinguer l'aliénation mentale de l'erreur. Un homme qui fait un faux pas se trompe, mais n'est pas aliéné. S'il tombe, sa chute est imputable à une représentation imparfaite de la distance à parcourir, des obstacles à franchir. Son organisme est en faute. Si le terrain se dérobe sous ses pieds, c'est le milieu qu'il faudra incriminer. Mais la fonction adaptatrice est indemne. M. Mercier termine son travail par cette définition de la folie : l'adaptation défectueuse de l'organisme à son entourage.

Ces préliminaires étaient indispensables pour asseoir l'étude de l'aliéné sur des bases physiologiques.

Dans un second mémoire, notre distingué confrère s'attache à déterminer ce qu'il appelle « les données de l'aliénisme. »

L'adaptation de l'organisme à son entourage, dont le trouble constitue, comme on vient de le voir, la condition essentielle de l'aliénation mentale, est le sujet de cette nouvelle étude. Elle se décompose naturellement en deux parties : 1^o l'organisme; 2^o le milieu.

L'organisme sera d'abord étudié au repos, c'est-à-dire considéré statiquement dans ses rapports avec le milieu. Le pre-

mier soin de l'aliéniste chargé d'une enquête sera donc l'étude des fonctions et des aptitudes du malade. On doit considérer dans un organisme trois facteurs : 1^o l'organisation héréditaire ; 2^o la variation individuelle ; 3^o les modifications physiologiques survenues dans le cours de la vie, et que notre confrère désigne par l'expression anglaise « *tear and wear* » que nous traduisons en français par les mots « usure et casse. »

Organisation héréditaire. Il est impossible, par les statistiques, d'établir rigoureusement l'influence de l'hérédité. Notre confrère croit pouvoir néanmoins affirmer qu'elle est plus grande pour la folie que pour les autres maladies, à l'exception de la goutte. Il aborde ensuite l'examen des lois principales de l'hérédité, tirées de la doctrine de l'évolution. Nous les formulons ci-après.

La loi fondamentale de l'hérédité est la suivante :

Chaque attribut des parents tend à se reproduire chez les descendants.

Cette loi présente, dans son application, certaines particularités qu'on peut résumer dans les propositions qui suivent :

Un attribut qui apparaît chez un parent à une certaine période de la vie, tend à se montrer chez les descendants à une période correspondante.

Quand le même attribut apparaît dans plusieurs générations, sans être congénital, son apparition peut se faire plus tôt dans les générations successives. .

Les attributs qui appartiennent à un parent (et en particulier ceux qui apparaissent à une époque tardive, alors que la fonction reproductive est en pleine activité) tendent à se reproduire seulement chez le sexe de ce parent.

Les attributs d'un parent sont quelquefois transmis seulement aux enfants du sexe opposé.

Les attributs particuliers à un parent peuvent être plus apparents à un âge de la vie des enfants et ceux de l'autre parent à un autre âge.

De la possession par le descendant d'un attribut particulier à un ancêtre, on peut inférer la possession d'autres attributs du même ancêtre.

Un ancêtre peut communiquer à la race des caractères mentaux qui persistent pendant plusieurs générations, alors que tous les caractères physiques transmis par cet ancêtre auront disparu.

Ce chapitre intéressant se termine par quelques considérations curieuses sur la latence, la réversion et la prépotence.

De la folie morale; par M. GASQUET.

C'est une étude de physiologie psychologique suggérée à son auteur par le remarquable article de M. Savage, paru l'an dernier. M. Gasquet sépare d'abord de la folie morale les actes impulsifs et ceux qui sont accomplis sous l'influence de la passion.

Ils ne sauraient être confondus avec elle, parce qu'ils sont dépourvus de cette spontanéité qui distingue tout acte volontaire.

Il faut voir dans toute manifestation de la volonté deux opérations successives : *La délibération* et le *choix*. « Les jugements moraux résumés dans le mot conscience sont complexes. Ils demandent la comparaison entre plusieurs termes différents et ont besoin d'être appliqués plus tard aux cas individuels avec quelque discernement. »

C'est cette fonction, *la délibération*, qui est atteinte dans la folie morale et sa lésion peut s'expliquer physiologiquement. Les centres corticaux doivent être capables d'agir en même temps; certains d'entre eux sont habituellement associés, et c'est là une condition nécessaire au fonctionnement normal de l'esprit. Que certains de ces centres, auparavant réunis, soient dissociés; que des cellules, normalement séparées, se trouvent accidentellement en rapport et l'on aura les associations d'idées vicieuses, l'insensibilité morale. Ce trouble fonctionnel s'observe 1° pendant la période qui précède ou suit un accès d'aliénation mentale; 2° chez les héréditaires. Il revêt dans chaque cas une forme particulière.

Dans le premier cas, le sens moral du malade est affecté relativement à son entourage. Ses appréciations, saines à un point de vue générale, sont altérées à l'égard des personnes et des choses au milieu desquelles il vit.

La folie morale des héréditaires présente un caractère plus grave. Ils reçoivent, comme les autres aliénés, des impressions fausses du milieu, mais leur nature morale est de préférence affectée par elles et ils en arrivent à être incapables de discerner le bien du mal.

Le second élément de l'acte spontané, *le choix*, se lie à la fonction du libre arbitre le pouvoir que nous avons de faire ce que nous commande le jugement au moment d'un acte, il est

aisé de voir que l'intégrité du cerveau lui est nécessaire. Le contrôle de notre pensée exige en effet deux conditions : L'examen des motifs et l'exclusion de certains de ces motifs pour la clôture du débat. La faculté qui préside à ce travail est l'attention, ce pouvoir inhibiteur que Ferrier localise dans les centres supérieurs du cerveau.

Nous savons par notre propre expérience quel rôle important joue l'attention dans l'accomplissement des actes volontaires. C'est elle qui est lésée lorsque nous sommes sous le coup d'une incertitude, d'une angoisse morale. Cette perte du pouvoir inhibiteur a sa source dans un trouble de la santé générale. Tant que les centres supérieurs demeurent intacts, ils fournissent les motifs dans leur intégrité.

Mais si le cerveau est atteint plus ou moins profondément, la fonction inhibitrice ne s'exerce plus, les motifs ne se présentent plus à l'esprit, où il ne subsiste que des motifs d'ordre inférieur. Dès lors l'individu est incapable de juger sainement; il perd tout contrôle et devient le jouet de ses passions.

L'éducation des aliénés et le système scolaire à l'asile de District de Richmond ; par M. JOHN FOX. Mémoire lu au Congrès des Sciences sociales de Dublin, octobre 1884.

Le titre tient absolument sa promesse. Il ne s'agit pas ici, comme on pourrait croire, de l'exercice intellectuel prescrit isolément à quelques aliénés, mais d'un véritable système d'entraînement appliqué à toute une population d'asile.

Nos lecteurs n'apprendront pas sans intérêt les détails les plus saillants de cette organisation, qui n'a pas son analogue dans notre pays.

Les aliénés de l'asile de Richmond, au nombre de 480, sont groupés dans cinq divisions : les nouveaux, la ferme, les épileptiques et suiciteurs, l'école et l'infirmerie.

La dernière seule, comprenant 42 malades, est dispensée des exercices. Sur les 84 aliénés employés à la ferme, 70 suivent trois fois par semaine un cours du soir.

Les trois autres divisions étudient quatre heures par jour. Chaque quartier a son école fréquentée par la plus grande partie des malades; une infime minorité s'y employant à des travaux manuels, suivant ses aptitudes.

Dans la troisième division, les épileptiques et les suiciteurs occupent deux salles séparées.

On ne compte qu'un nombre insignifiant d'oisifs dans les

divisions diverses dont la plus intéressante est naturellement l'école. Sur 44 aliénés qu'elle contient, 90 suivent les cours. Ils sont divisés en deux sections où ils sont répartis d'après les connaissances qu'ils possèdent. L'éducation est organisée d'après le système officiel (national School books), chaque école comprend six classes...

Le but de ce traitement est de combattre par tous les moyens l'inertie intellectuelle et morale.

Le programme d'instruction est aussi complet que possible et sagement approprié aux besoins individuels. M. John Fox divise les facultés de l'esprit en morales, mentales, esthétiques et physiques. Aux premières s'adapte l'instruction religieuse, aux secondes des leçons d'objets, de couleur, de forme, la lecture, la géographie, l'arithmétique. Les facultés dites esthétiques sont traitées par l'écriture, le dessin, la musique. Enfin, l'état physique est amélioré par les exercices corporels, les manœuvres, la marche.

A cette note est joint le règlement des exercices de la journée. Ce *curriculum vitae* n'a pour nous qu'un intérêt secondaire.

Nous trouvons néanmoins un détail curieux et digne d'être mentionné. Dans toutes les divisions, sauf celle des nouveaux, les deux tiers des aliénés seulement sont assis dans la salle. Ils sont remplacés par leurs camarades restés debout, quand la leçon est terminée. La durée de la leçon n'excède pas une demi-heure. Dans les salles bien dirigées, les changements de place se font en musique.

Il est inutile d'ajouter que les distractions de tout genre, concerts, fêtes, promenades instructives, sont prodiguées aux malades. On choisit de préférence pour ces divertissements les jours de fêtes locales.

Telle est, dans son ensemble, la méthode du traitement qui a été fondée par le Dr Lalor.

Une statistique des guérisons obtenues à l'asile de Richmond eût complété heureusement ce mémoire, en en faisant ressortir les résultats pratiques.

Expertise mentale et responsabilité criminelle;

par le Dr DANIEL HACK TUKE.

En Angleterre, la procédure, suivie à l'égard des individus dont l'état mental est mis en cause, demande à être absolument réformée quelle que soit d'ailleurs la juridiction devant laquelle ils comparaissent. Aucun règlement ne prescrit au juge

de paix la recherche de l'état mental dans la période voisine de l'accomplissement de l'acte, et ce magistrat envoie, sans enquête préalable, l'accusé aux assises et aux sessions trimestrielles.

Il faut noter néanmoins qu'un décret rendu en 1864, prescrit des dispositions nouvelles touchant les accusés qui paraissent manifestement aliénés dans la prison, et ceux qui sont sous le coup d'une accusation capitale.

Mais, lorsqu'ils s'agit d'un simple délit, le juge de paix ne tient aucun compte de l'état mental. Tout au plus, s'il est bienveillant, recommandera-t-il l'accusé à l'examen du gouverneur de la prison.

Les magistrats siégeant aux petites sessions, agissent d'après les idées de leurs clercs. Tantôt ils ordonnent une expertise médicale, tantôt ils condamnent sans enquête.

Aux assises, le malheureux aliéné est victime d'une procédure injuste et absurde. S'il est jugé incapable de soutenir l'accusation, on l'envoie à Broadmoor; s'il est déclaré capable de plaider, il passe en jugement. Les jurés entendent alors des témoignages médicaux contradictoires, apportés par l'accusation et la défense. Il y a deux camps en présence, et le chirurgien de la prison se trouve tantôt dans l'un, tantôt dans l'autre. Cette forme donnée aux débats est peu digne et n'est pas faite pour éclairer la justice.

M. Hack Tuke fait excellemment ressortir tout ce que ces pratiques ont de défectueux. Il cite l'exemple de plusieurs pays étrangers, l'Autriche, l'Allemagne, la France qui sont favorisés d'une législation plus conforme à la logique et à l'humanité et formule les propositions suivantes :

Tout magistrat qui aura le premier connaissance d'un crime ou d'un délit et qui concevra des doutes sur l'état mental de l'accusé, sera tenu d'ordonner une enquête médicale.

Cette enquête sera faite par deux experts ou par un expert et le chirurgien de la prison.

Ces médecins pourront mettre l'individu en observation dans un asile. Dans le cas d'aliénation mentale constatée, ils pourront provoquer l'application du décret de 1864 et rendre le placement définitif.

Si l'accusé est traduit devant les assises, le jury décidera, d'après les experts, s'il est capable de plaider. Dans le cas contraire, l'accusé sera placé dans un asile d'aliénés. Si le procès doit suivre son cours, un rapport écrit, élaboré par les experts, sera communiqué au jury.

Dans le cas où les juges auront besoin d'explications, ils interrogeront les experts dans la chambre des témoins.

M. Tuke voudrait que cet interrogatoire fût fait par les juges seuls, mais il reconnaît qu'il sera difficile, en Angleterre, d'empêcher l'accusation et la défense de poser des questions aux médecins. Mais il tient essentiellement à ce que les experts nommés par les magistrats soient seuls admis à figurer dans la cause.

Sur la décoration et l'ameublement des asiles;
par M. URQUHART.

Ce mémoire n'est pas susceptible d'analyse. L'auteur entre dans des détails techniques sur les travaux de peinture et d'ornementation exécutés à l'asile de Perth. Il démontre que l'on peut arriver, sans grandes dépenses, à doter un asile d'embellissements remarquables. Grâce à la simplicité de la main-d'œuvre, les aliénés peuvent être employés en masse à ces travaux qui leur procurent des distractions agréables. L'établissement dirigé par M. Urquhart est luxueux. On y voit des tapis, des tentores, des glaces sur les cheminées, des vases à fleurs dans les embrasures des fenêtres, etc., etc.

L'obtusion nerveuse ; ses aspects physiques et moraux et son importance dans la question de la peine de mort ; par M. HENRI KESTIVEN.

Ce trouble fonctionnel peut être lié à la constitution de l'individu ou procéder d'une action morbide. Il dépendrait moins de la masse et du volume du cerveau que de la qualité de la substance nerveuse. M. Kesteven croit pouvoir l'attribuer à une viscosité particulière de ses molécules. L'obtusion nerveuse se transmet et s'entretient par l'hérédité.

Lorsqu'elle affecte le département de l'intelligence, elle ne se traduit pas forcément par un trouble apparent des idées. Un obtus peut être raisonnable et correct dans le sens absolu du mot ; mais il est réfractaire à ces vibrations délicates qui correspondent à une activité mentale régulière et complète. Cet homme fait le mal sans le connaître. Ignorant de ses propres défaillances, il cède à ses impulsions sans avoir conscience des actes blâmables qu'il accomplit. Il pourra vivre longtemps en société sans que l'occasion se présente de faire usage de son pouvoir de contrôle, et sa défectuosité mentale passera inaperçue. Mais que l'occasion se présente de mettre

en action son pouvoir inhibiteur, alors son impuissance se trahit et la loi sociale est violée.

L'obtusion nerveuse est congénitale ou acquise. Dans un cas comme dans l'autre, il faut la regarder comme une maladie, qu'elle soit constitutionnelle ou engendrée par des habitudes perverses contractées pendant la vie. En un mot, cette lésion a sa source dans une violation des lois naturelles morales, organiques ou physiques, et la condition morbide est le châtiment du transgresseur. Cette théorie conduit à une conclusion inévitable, l'irresponsabilité du criminel. L'auteur l'admet sans hésiter, en se plaçant au point de vue psychologique et demande la suppression de la peine capitale.

Lorsque l'obtusion nerveuse affecte les nerfs de sensibilité spéciale, elle rend le malade inhabile à percevoir les impressions délicates. La lésion du sens de la vue est principalement étudiée dans ce mémoire; les impressions de la lumière réfléchie et des couleurs sont surtout altérées et l'on observe la cécité des couleurs et les diverses variétés de daltonisme. Enfin l'obtusion fonctionnelle du grand sympathique entraîne le ralentissement de la nutrition et la flaccidité des tissus.

Du travail utile employé dans le traitement des maladies mentales chez les classes élevées; par le Dr DAVID BOWER.

Voilà une tentative heureuse dont on doit féliciter le médecin de « Springfield House ». Il est parvenu à triompher de cette routine qui condamne les pensionnaires payants d'un asile à une promenade monotone de tous les jours, et les prive d'un exercice salutaire. La réforme est définitivement réalisée dans cet établissement qui contient 42 pensionnaires, 17 hommes et 25 dames, payant des prix de pension élevés. Parmi les hommes, deux seulement sont oisifs; l'un est paralytique, l'autre est d'un âge avancé. La pratique du travail n'a pas été introduite d'emblée dans l'asile. Quelques malades ont été d'abord employés en petit nombre dans le jardin ou avec les ouvriers, de leur plein gré. Puis le nombre de ces aliénés devenant plus grand, un gardien spécial a été affecté à leur surveillance. Plus tard, notre confrère ayant constaté les bons effets de cette pratique, s'est décidé à la rendre obligatoire.

Aujourd'hui tous les pensionnaires qui entrent dans cette maison de santé sont soumis journellement à une série d'exercices, parmi lesquels sont comprises deux heures de travail, matin et soir. L'existence est très heureusement réglée. Les

promenades, les repas, les heures de récréation et de travail sont judicieusement répartis dans la journée. Les malades se soumettent volontiers à la règle, et s'améliorent par ce système de traitement. Dans son application, on ne doit pas perdre de vue certains principes fondamentaux. On évitera de donner au malade un tâche au-dessus de ses forces. Le travail n'aura pas un caractère servile et sera varié. Les pensionnaires auront des heures fixes pour les récréations et les jeux; ils recevront une nourriture substantielle et jouiront d'un jour ou deux de repos par semaine. Enfin notre confrère se déclare partisan de la réunion fréquente des deux sexes.

Il y a près de trente ans que les pensionnaires de l'asile de Quatre-Mares sont employés régulièrement, et, en assez bon nombre, à de petits travaux manuels quotidiens. D'autres établissements, en France, ont aussi adopté cette excellente méthode et la mettent en pratique sur une échelle plus ou moins large. Du reste, dans nos asiles, tous les pensionnaires de la dernière classe sont assimilés, sous le rapport du travail, aux aliénés assistés.

Des effets de la prospérité et de l'adversité sur la production de l'aliénation mentale; par le Dr CHAPMAN.

Cette étude statistique est destinée à montrer que le bien-être favorise, chez le peuple, la stabilité mentale, tandis que les influences dépressives et surtout l'adversité constituent un élément important dans la production de la folie. M. Chapman a fait, pendant onze ans, une série d'observations qui paraissent concluantes. De 1870 à 1880 inclusivement, il a noté les guérisons obtenues dans 49 asiles situés dans des districts agricoles. Pourquoi a-t-il choisi les guérisons? Parce qu'elles sont le terme le plus juste pour apprécier le mouvement d'un asile. En effet, les guérisons d'une année correspondent assez exactement aux cas incurables admis à l'asile pendant cette même année ou l'année précédente. En regard de ces chiffres, il a placé, pour servir de comparaison, les chiffres des guérisons de tous les asiles de Comté pendant les mêmes années.

On voit sur ce tableau que, de 1872 à 1879, les guérisons décroissent notablement. Il y en a 959 en 1872 et 829 seulement en 1879; leur chiffre s'élève tout-à-coup en 1880 où l'on en compte 943.

D'autre part, l'examen des chiffres, qui se rapportent à tous

les asiles montrent pareillement, de 1872 à 1880, une augmentation sensible du nombre des guérisons.

Il est en effet de 3,389 en 1872 et de 4,336 en 1880.

M. Chapman donne de ces faits l'interprétation suivante. En 1872 et en 1873, le mouvement industriel et manufacturier a passé par une phase de prospérité qui a eu pour résultat de distraire à son profit une partie de la population rurale, et les admissions ont diminué dans les établissements qui reçoivent cette classe d'aliénés. Cette décroissance s'est maintenue tant que la prospérité commerciale et industrielle a donné au paysan et à l'homme du peuple des salaires élevés et une certaine somme de bien-être. Plus tard, une dépression s'est produite dans les affaires, les prix de journée ont dû être abaissés, et la gêne est entrée au foyer du travailleur. L'année 1879 a été particulièrement malheureuse et, c'est pour cela, que l'on constate, en 1880, une augmentation dans la production de l'aliénation mentale.

L'examen des tables de mortalité conduit à des conclusions qui concordent avec ces faits, et l'on constate un parallélisme constant entre les guérisons d'une année et les décès de l'année précédente.

Discours présidentiel prononcé à la réunion annuelle de l'association médico-psychologique à Glasgow le 2 août 1882 ; par le professeur GAIRDNER.

Dans cette allocution, le savant professeur développe une grande et noble pensée : l'unité de la médecine. L'art médical embrasse toute la nature humaine et le vrai médecin, qui honore la profession, ne se confine pas dans la pratique d'une spécialité. Il faut mépriser comme des charlatans ceux qui, méconnaissant leur mission élevée, s'adonnent exclusivement aux soins des yeux et des oreilles.

Après cet exorde énergique, M. Gairdner remarque que les membres de l'association médico-psychologique, en l'appelant à les présider, ont fait une profession de foi, et qu'ils ont voulu établir qu'ils étaient médecins avant d'être spécialistes. Puis il entre dans des considérations pleines d'intérêt sur les rapports qui existent entre le traitement des aliénés et la médecine générale. Il montre les progrès considérables accomplis dans ce traitement, grâce à l'intervention de la médecine ordinaire dans la thérapeutique spéciale des aliénés. On est émerveillé quand on compare le Bedlam de 1882 au Bedlam de 1815. Il

est vrai que cette transformation est le fruit de plusieurs causes réunies, et que l'on doit faire une bonne part à la religion, au sentiment philanthropique. La même époque a vu l'abolition de l'esclavage, la réhabilitation de plusieurs classes de déshérités et c'est justice que de rendre hommage aux noms immortels de Howard, Wilberforce, lord Ashley, etc. La réforme des aliénés fait partie de ce mouvement de rénovation, mais il ne faut pas oublier qu'elle est surtout l'œuvre du médecin. La simple abolition de la torture, résultat des réformes législatives, était une œuvre incomplète sans l'apport scientifique fourni par Pinel et W. Tuke, les fondateurs du traitement rationnel de l'aliénation mentale.

Ces deux réformateurs ont agi isolément et indépendamment l'un de l'autre. Ils ne se connaissaient pas, vivaient dans des milieux tout différents; ils étaient même imbus, en politique et en religion, d'opinions opposées, et cependant ils ont accompli, chacun de son côté, la même œuvre. L'un et l'autre étaient médecins et inspirés de cette pensée que l'esprit malade, de même que le corps malade, est sous le coup d'un désordre fonctionnel. Quel que soit le désordre, la fonction est là qui peut être réveillée par les mêmes stimulants physiologiques. L'aliéné n'est plus un possédé, mais un être qui souffre. Faisant une incursion dans le domaine de la pathologie générale, le professeur proclame enfin cette conception nouvelle de la maladie, acceptée par la science moderne: la maladie n'est plus une entité indépendante de l'organisation, qui vient s'emparer d'elle et que l'on chasse comme un poison. Dans la plupart des cas, on doit la considérer comme *une fonction normale agissant dans des conditions anormales*.

Cette manière de voir, qui a révolutionné la thérapeutique ordinaire, devait exercer une influence heureuse sur le traitement de l'aliénation mentale.

Le réflexe du genou dans la paralysie générale;
par M. JULIUS MICKLE.

Ce symptôme, sur la valeur duquel on est loind'être fixé, est parfois d'une appréciation difficile. Il est plus ou moins marqué suivant les maladies, et son intensité peut même varier d'un jour à l'autre chez le même sujet. M. Mickle l'a étudié dans ses rapports avec certaines conditions étiologiques et associé à d'autres éléments symptomatiques. Parmi les observations de ce médecin distingué, quelques-unes se confirment

trop fréquemment pour n'avoir pas une importance réelle. C'est ainsi qu'il est établi maintenant que les alcoolisés présentent le plus souvent l'absence du réflexe qui est exagéré, au contraire, chez les syphilitiques. Envisagé au point de vue de son association avec certains symptômes, le réflexe se comporte comme il suit : l'élément douleur, lorsqu'il se produit prématurément, avec intensité et persistance, le gâtisme, les hallucinations, l'ataxie, les attaques épileptiformes coïncident généralement avec l'absence du réflexe. Ces mêmes malades présentent une réaction moindre au pincement et au chatouillement de la plante des pieds. Le réflexe est ordinairement exagéré lorsqu'il y a des attaques semi-syncopales; il l'est davantage chez les hémiplegiques et les apoplectiques.

Exposé sommaire de la législation des aliénés en France; par M. le D^r ACHILLE FOVILLE, de Paris, inspecteur général des asiles d'aliénés et des établissements de bienfaisance.

Ecrit sur la demande des éditeurs du *Mental science*, ce travail n'est pas un simple exposé, mais une excellente étude critique dans laquelle le médecin a su mettre heureusement en relief ses vues personnelles sur l'assistance des aliénés.

M. Foville fait d'abord un historique rapide du mouvement qui a préparé la nomination de la commission extraparlamentaire et démontre que ce mouvement n'est point le reflet de l'opinion, mais a été fomenté par la presse hostile au gouvernement. Puis il passe successivement en revue les dispositions légales qui concernent les établissements d'aliénés, le placement et la sortie des malades, le contrôle des aliénés séquestrés et la protection de leurs intérêts hors de l'asile.

L'ordonnance de 1839 lui suggère quelques remarques très justes sur l'organisation intérieure des asiles. La séparation des fonctions administratives et médicales est mauvaise; elle est trop fréquemment, entre médecins et directeurs, la source de conflits regrettables dont les malades ont à souffrir. M. Foville critique le décret de décentralisation de 1852, et veut que tous les médecins soient nommés au concours par le Ministre de l'Intérieur. De même, il serait désirable que les médecins des quartiers d'hospice et des asiles privés faisant fonctions d'asiles publics, fussent recrutés parmi le personnel médical des asiles publics.

Les asiles privés-publics ne sauraient être assimilés, en effet,

à des maisons de santé ordinaires, et devraient être soumis à des dispositions légales distinctes.

Celles qui assurent le contrôle de l'aliéné dans l'asile mériteraient peu de reproches, si elles étaient fidèlement appliquées par les personnes investies du mandat légal. Malheureusement, le procureur de la République seul est astreint à des visites régulières; cette partie de la loi est susceptible de revision. Le médecin doit désirer la visite fréquente des magistrats, qui a pour résultat de les éclairer et de modifier presque toujours leurs sentiments sur les aliénés et les aliénistes. Les inspections générales, ordonnées par le Ministre de l'intérieur sont un complément important du contrôle des asiles. Elles devraient être plus fréquentes et plus régulières.

Convient-il de faire intervenir la magistrature dans le placement volontaire? Notre savant confrère trouve à cette question une réponse dans l'exemple suivant : dans le Royaume-Uni les deux systèmes sont en vigueur. Tandis qu'en Angleterre, cette intervention n'est pas admise, en Ecosse le shériff doit ordonner le placement des malades. Les résultats sont également satisfaisants dans les deux pays.

Mais un point autrement sérieux, qui doit préoccuper nos législateurs, est la forme souvent incomplète des certificats médicaux, qui provoquent l'admission des malades.

Il serait bon que ces documents importants fussent soumis à un libellé réglementaire.

La procédure du placement d'office comporte aussi certaines modifications, dont quelques-unes intéressent le traitement des aliénés. C'est ainsi qu'il conviendrait de rendre plus prompte l'admission des malades éloignés de l'asile. Dans certaines localités, ces malheureux sont gardés pendant un temps fort long dans les hôpitaux ordinaires ou dans les asiles *ad hoc*, en attendant l'arrêté préfectoral qui doit leur ouvrir les portes de l'asile d'aliénés. Cette attente leur serait moins préjudiciable, si la loi limitait sa durée, ou si elle donnait au maire le pouvoir d'ordonner d'urgence le placement des malades.

L'arrêté du préfet devrait toujours s'appuyer sur une enquête médicale. Ces hauts fonctionnaires sont investis du pouvoir despotique de placer arbitrairement les aliénés dans les asiles. Une telle pratique n'est plus de notre temps et doit disparaître.

Quoi qu'en disent les adversaires de la loi de 1838, les moyens fournis aux individus guéris ou non dangereux pour sortir de l'asile sont nombreux et suffisants. Parmi ces moyens, le plus

précieux est, sans contredit, l'accès facile accordé à l'aliéné et à ses ayants droit auprès de l'autorité judiciaire. Bien loin d'entraver les réclamations des malades, le médecin doit les encourager. Ces appels à la justice lui fournissent, dans les cas douteux et susceptibles d'impressionner l'opinion publique, l'occasion d'éclairer les magistrats et de dégager leur propre responsabilité.

Enfin, en ce qui touche la protection de la fortune des aliénés, l'éminent inspecteur général relève dans notre loi une anomalie bien singulière. Dès son entrée à l'asile, l'aliéné placé d'office trouve dans la commission de surveillance un administrateur qui prend soin de ses intérêts. Le malade placé volontairement est moins favorisé, et doit attendre la nomination d'un administrateur par le conseil de famille. Les deux catégories d'aliénés ont droit à la même protection. Il y a là une réforme qui s'impose d'urgence.

JOURNAUX AMÉRICAINS

Journal of nervous and mental disease.

ANNÉE 1884

NUMÉRO DE JANVIER.

4. *Influence de notre civilisation présente sur la production des maladies nerveuses et mentales.* Lecture faite à la société philosophique de Chicago, le 44 décembre 1880, par le professeur Jewell.

Ce sujet a été si souvent traité et par de si nombreux auteurs qu'on aurait pu le croire usé. Mais M. Jewell a su le renouveler par des considérations pleines d'intérêt sur l'influence de l'éducation et des diverses professions et sur les effets des excitants et des modificateurs nerveux dont l'abus va toujours croissant. Il pense que les maladies nerveuses sont plus fréquentes aujourd'hui qu'elles ne l'étaient autrefois, et que cette fréquence est le résultat de la civilisation. Elle développe l'activité du système nerveux sous toutes ses formes, mais surtout sous celle de la sensibilité. Elle implique et amène un degré de spécialisation et de délicatesse de la fonction et par conséquent de la structure nerveuse, qui n'existe certainement pas chez les races inférieures, non civilisées. L'organe plus perfectionné est devenu plus susceptible, plus exposé à se détraquer

sous l'action des innombrables causes d'épuisement et d'excitation auxquelles nous sommes constamment exposés.

Notre race va donc en s'affaiblissant, car ces états morbides acquis se transmettent héréditairement, et ce n'est pas seulement le système nerveux, mais l'économie tout entière qui est affectée. Il ne faut pas oublier, en effet, que la nutrition est pour une grande part sous la dépendance de ce système et que tous les organes souffrent quand celui-ci est malade.

Le seul remède serait dans des dispositions légales restrictives au sujet des mariages, calculées de façon à arrêter les effets de l'hérédité. L'auteur ne se dissimule pas les difficultés que soulève un projet de ce genre, mais il pense qu'il finira par s'imposer malgré toutes les résistances, le jour où l'on comprendra la gravité du mal dont nous souffrons et les conséquences plus graves encore dont il nous menace. Ces conséquences ne sont rien de moins que la ruine de la société et de la civilisation actuelle.

« Cela peut être un fait décourageant, dit-il, mais je suis convaincu que c'est un fait, que la civilisation présente, aussi bien que celles du passé, porte en elle des causes ou des conditions de décadence ou même de destruction finale.... A moins de remèdes énergiques, il est extrêmement probable que notre civilisation aura le même destin que les autres, et je crois possible de démontrer que le système nerveux sera l'organe principal par lequel s'effectuera cette ruine à laquelle l'espèce humaine semble être périodiquement condamnée. »

On ne s'attendait guère à voir une conclusion aussi effrayante que la ruine imminente de notre civilisation sortir de prémisses telles que l'augmentation des maladies nerveuses en Amérique. Mais M. Jewell parlait devant une société de philosophes, et peut-être est-ce pour cette raison qu'il a cru devoir sortir des considérations d'ordre purement médical et s'élever à ces hautes spéculations, d'où il s'est du reste empressé de descendre pour reprendre pied sur un terrain plus familier et plus sûr. L'excursion, il faut l'avouer, n'a pas été heureuse, et l'on a peine à comprendre que l'auteur de cet article, qui contient une foule de vues aussi justes qu'ingénieuses, n'ait pas été frappé dès le premier coup d'œil de la différence capitale qui sépare notre civilisation de celles du passé au point de rendre toute assimilation impossible. Celles-ci, sans en excepter la dernière et la plus considérable, ont été locales, limitées à une partie plus ou moins étendue du monde, tandis que le

caractère de la civilisation présente est son universalité. La société romaine a succombé sous deux ordres de causes, la décadence intérieure et l'ennemi du dehors, et il est plus que vraisemblable que la longue éclipse du moyen âge n'aurait jamais eu lieu si les barbares n'avaient été aux portes de Rome. On ne voit pas quelle invasion de Huns ou de Vandales nous pourrions craindre aujourd'hui. D'ailleurs, l'exemple de ce qui s'est passé dans le pays qu'il habite aurait dû faire voir à M. Jewell que lorsque la civilisation et la barbarie se trouvent en présence, ce n'est pas la première qui est menacée de périr.

C'est donc l'ennemi intérieur qui fait tout notre danger. Mais, à cet égard encore, M. Jewell aurait dû s'apercevoir que quelques-unes au moins, et des plus importantes, parmi les causes de la décadence qu'il a signalées, n'ont qu'une action locale. L'alcool, par exemple, qu'il appelle « le plus gigantesque des fléaux, » mérite sans doute cette qualification aux Etats-Unis; elle serait déjà excessive pour la plus grande partie de la France et deviendrait ridicule si on l'appliquait au midi de l'Europe. La ruine dont on nous menace ne peut donc être que locale et très relative; elle ne peut guère aller au delà d'un déplacement dans l'ordre hiérarchique occupé par les différents peuples. Peut-être ceux qui possèdent aujourd'hui la suprématie la cèderont-ils à des races plus jeunes dont les cerveaux sont moins fatigués; peut-être même arrivera-t-il un jour où elle passera à des peuplades qui sont aujourd'hui encore incon nues et sauvages. Mais ce que l'on peut affirmer, c'est que la civilisation actuelle ne périra pas et que les ténèbres ne prévau dront plus contre la lumière.

2. *Conceptions délirantes, leur mécanisme et leur valeur diagnos tique*; par le D^r E. Spitzka.

Cet article contient une étude très complète et très intéres sante de tout ce qui concerne les conceptions délirantes: Clas sification, étiologie, signification diagnostique et pronostique, traitement. Ne pouvant suivre le détail de toutes ses parties, nous nous attacherons à la plus originale, et nous allons essayer de donner une idée de l'explication proposée par l'auteur pour faire comprendre le mécanisme des conceptions délirantes sys tématisées et du délire partiel dont elles constituent le symp tôme caractéristique.

Comment peut-il se faire qu'un individu dont les facultés

émotives et actives ne sont pas troublées, dont la mémoire est conservée, qui continue à remplir les devoirs de son état, soit en même temps incapable de reconnaître l'absurdité d'une idée, laquelle non seulement est fausse, mais encore se trouve en opposition avec tout ce que l'éducation et l'expérience lui ont enseigné ? Tel est le problème dont la solution, souvent cherchée, se trouve, d'après l'auteur, dans l'existence d'une anomalie de disposition des fibres arquées du cerveau.

Meynert a appelé l'attention, il y a longtemps déjà, sur le rôle physiologique probable de ces fibres qui unissent l'un à l'autre des points de l'écorce cérébrale plus ou moins distants, sortes de commissures entre les circonvolutions. Ces fibres, dites *d'association*, sont d'autant plus nombreuses que l'animal est plus élevé dans la série ; et l'importance de leur développement constitue, d'après Spitzka, le caractère le plus tranché et le facteur principal de la supériorité du cerveau humain. Ce sont elles qui forment en grande partie le centre de Vicussens dont l'épaisseur est chez nous plus que double de ce qu'elle est chez le singe. D'après ces données anatomiques on devine aisément la nature et l'importance des fonctions attribuées à ces fibres. L'association des idées a pour organe l'association des circonvolutions ; et c'est la réunion de tous les départements corticaux dans l'unité supérieure de l'hémisphère qui constitue le moi. C'est sur les rapports normaux de ces parties qu'est fondée la faculté des corrélations logiques, et conséquemment celle de la correction des erreurs. On comprend donc que l'absence de certaines de ces fibres ou les irrégularités dans leur distribution puissent rendre compte des erreurs du jugement et du raisonnement. Ce ne sont là que des hypothèses, mais elles sont appuyées sur ce fait que des anomalies dans le développement des circonvolutions, dans les rapports de proportion des lobes cérébraux entre eux et dans la symétrie des hémisphères se rencontrent souvent à l'autopsie des fous constitutionnels qui pendant leur vie ont présenté ces idées délirantes systématisées dont nous cherchons à expliquer le mécanisme.

Cette théorie n'est pas inédite. Elle a été exposée dans le manuel de Schuele qui l'attribue à Kraft-Ebing. M. Spitzka en réclame la priorité, tout en reconnaissant qu'elle est un dérivé des principes posés par Meynert.

3. Sur la *dyschromatopsie* ; par le Dr Bannister.

La *dyschromatopsie* est-elle toujours, comme on le pense

généralement, le résultat d'une lésion des éléments nerveux qui servent à la vision? Ou bien ne serait-elle pas parfois, dans ses formes les plus légères, un simple trouble fonctionnel cérébral qui pourrait être corrigé par l'effort et l'attention? Cette dernière opinion est celle du Dr Bannister, et il pense que l'épreuve au moyen des fils colorés, imaginée par Holmgren, à laquelle on soumet les aspirants aux postes de pilotes, d'employés de chemins de fer, etc., a le défaut d'être par trop sévère, qu'elle ne se borne pas à révéler, mais qu'elle exagère les moindres nuances de ce défaut de la vision. C'est précisément pour la même raison, c'est-à-dire parce que la méthode d'Holmgren est capable de déceler même les cas les plus légers de cette infirmité, que le Dr Joffries la trouve au contraire excellente. Dans un autre article de la même revue (n° de juillet), il soutient que la dyschromatopsie est absolument incurable et que les sujets qui en sont affectés peuvent tout au plus apprendre à deviner les couleurs, en s'aidant de circonstances accessoires et accidentelles qui leur feront peut-être défaut dans le moment où ils en auraient le plus grand besoin. Il fait ressortir la gravité des dangers auxquels les fautes involontaires des employés exposeraient le public.

4. *Nature et traitement des céphalalgies*; par le Dr Jewell.

L'auteur divise les céphalalgies en deux grandes classes d'après leurs causes. La première comprend celles qui sont le symptôme d'une affection aiguë ou plus souvent subaiguë de la dure-mère. La seconde classe est formée par les céphalalgies de type vaso-moteur, et elle se subdivise en deux catégories : 1° la migraine pure ou hémicranie, plus ou moins régulièrement périodique et souvent héréditaire; 2° la céphalalgie liée à des troubles des organes digestifs ou génitaux, ou à d'autres causes non héréditaires. Il étudie avec détails les symptômes qui permettent d'établir le diagnostic de ces diverses variétés, leur pathogénie et leur traitement.

5. *Un cas historique de folie impulsive*; par le Dr E. Spitzka.

Le personnage historique dont il s'agit est le célèbre Samuel Johnson, presque aussi connu par ses excentricités que par ses travaux littéraires. M. Spitzka le considère comme un héréditaire atteint de monomanie impulsive.

6. *Chirurgie des aliénés*; par le D^r Allen Hagenbach.

Résumé des observations les plus intéressantes que l'auteur a recueillies pendant un séjour de cinq ans à l'asile de Cook.

7. *Gheel et ses fous*; par le D^r W.-J. Morton.

Peu de médecins américains ont écrit sur Gheel. L'auteur, qui l'a visité à deux reprises, entre dans de grands détails sur sa fondation, son développement et son état actuel. Il conclut à la supériorité absolue de ce système de traitement sur tous les autres.

8. *Cas de paralysie agitante guérie par galvanisation centrale, le bromure de sodium et la jusquiame*; par le D^r E. Mann.

NUMÉRO D'AVRIL.

1. *Cas d'atrophie musculaire rapide et étendue, sans lésion de la moelle épinière*; par le D^r J. Putnam.2. *Contributions à la physiologie de la moelle épinière et des parties adjacentes*; par le D^r Wood Field.

Etudes expérimentales sur les fonctions des différentes parties de la moelle; sur le trajet des fibres de la sueur et sur l'action des médicaments sur les centres de la sueur; sur l'effet que des injections irritantes faites dans différentes régions du cerveau produisent sur les mouvements et les sécrétions.

3. *Contributions à la psychiatrie*; par le D^r Kiernan.

Continuation d'une série d'études basées principalement sur des observations personnelles à l'auteur. Les sujets traités sont les suivants: psychoses produites par le rhumatisme, par la chaleur, par des traumatismes, par la quinine, par le plomb; du vol comme symptôme prémonitoire de la paralysie générale.

4. *Mécanisme nerveux de la respiration*; par le D^r H. Gradle.5. *Elongation des nerfs*; par les D^{rs} Fenger et Lee.

Étude sur les résultats produits par cette opération dans les diverses affections au traitement desquelles on l'a appliquée.

6. *Tumeur du centre ovale*; par le D^r Arnold.

7. *Contributions à l'anatomie de l'encéphale;*
par le D^r E. Spitzka.

4. Note sur les dimensions des cellules nerveuses et de leurs noyaux; — 2° Cellules dites d'association; — Discussion sur l'origine du trijumeau.

NUMÉRO DE JUILLET.

1. *Contributions à l'étude des lésions cérébrales localisées;*
par le D^r Séguin.

Voici, en résumé, les principales conclusions que l'auteur a tirées de ses observations :

1° La zone motrice de l'écorce cérébrale s'étend en avant jusqu'à la moitié inférieure des deux premières circonvolutions frontales, et en arrière jusqu'à la partie antérieure de la scissure interpariétale.

2° Les régions comprises entre ces limites ont des fonctions motrices bien accusées, en rapport direct avec les muscles de la face, de la langue, du bras et de la jambe.

Ces rapports peuvent être précisés de la façon suivante :

a. — La partie inférieure de la troisième circonvolution frontale est liée aux organes de la parole et à la fonction du langage.

b. — La partie moyenne des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes est en relation avec le bras du côté opposé.

c. — La partie supérieure ou postérieure de ces mêmes circonvolutions et le lobule paracentral (peut-être aussi le lobule pariétal supérieur) sont en relation avec les extrémités inférieure et supérieure du côté opposé, et peut-être surtout avec la jambe.

2. *De la chorée chez les vieillards;* par le D^r Wharton Sinkler.

Les observations recueillies par l'auteur tendent à combattre l'opinion professée par M. Charcot, que la chorée est chez les vieillards le plus souvent associée à la démence et qu'elle est incurable.

Société névrologique américaine.

Septième réunion annuelle, tenue au mois de juin 1881, à New-York, sous la présidence du D^r Bartholow, de Philadelphie.

Parmi les nombreux travaux présentés et discutés à la société, nous signalerons :

1. *Des réflexes tendineux dans la paralysie générale des aliénés;*
par le D^r Shaw.
2. *Actions nerveuses déterminées par l'application de certains irritants sur la peau;* par le D^r Ott.
3. *Effets particuliers des bromures sur certains épileptiques;*
par le D^r Bannister.

L'auteur rapporte l'observation d'un malade chez lequel les attaques convulsives, supprimées sous l'influence des bromures, ont été remplacées par des accès de manie furieuse. Ce cas n'est pas le seul de ce genre qu'il ait observé, et, d'après sa pratique et les communications de ses confrères, il est porté à croire que le fait, bien que peu connu, est loin d'être rare.

Il n'est pas rare, en effet, si, comme le pense M. Spitzka, qui rappelle un travail publié par le D^r Stark sur ce sujet, on le rencontre chez un quart des épileptiques chroniques. Les autres orateurs qui ont pris part à la discussion ont tous eu l'occasion de voir des cas analogues. Seulement l'interprétation qu'en donnent MM. Seguin et Hammond diffère de celle de M. Bannister. Pour eux, l'accès de manie n'est pas la conséquence directe de l'action des bromures, mais bien plutôt celles de la suspension des crises convulsives.

4. *De la contractilité électro-musculaire dans la paralysie infantile;* par le D^r Rockwell.

Observation prouvant que la perte de cette contractilité, même lorsqu'elle est jointe à une paralysie complète avec atrophie musculaire extrême, ne doit pas faire désespérer d'une terminaison favorable.

5. *De l'emploi de la strychnine dans les premières périodes de la myélite;* par le D^r Jewell.

Les heureux résultats obtenus dans les cas cités par l'auteur étonnent M. Hammond, qui ne s'explique pas comment la strychnine, qui congestionne la moelle, pourrait être utile dans des cas où il y a déjà excès d'afflux sanguin. Il est porté à croire que M. Jewell a pris pour de la myélite des faits d'anémie spinale. — De là, discussion sur le diagnostic entre l'anémie et la congestion spinale.

6. *Hypothèses sur le trajet des impressions auditives, d'après des observations anafomiques récentes; par le D^r Græme Hammond.*

7. *Comment on doit se servir des bromures; par le D^r Beard.*

L'auteur envisage le mode d'action des bromures comme une sorte de substitution. Ils n'agissent guère, dit-il, que lorsqu'ils ont été donnés en quantité suffisante pour déterminer un état anormal, qu'il appelle la bromisation, dont les symptômes sont nombreux et variables depuis un état de léger affaïssement avec somnolence jusqu'à la folie et même la mort. Pour obtenir une action thérapeutique marquée, il faut donc produire un certain degré de bromisation, et l'effet de ces médicaments à des doses faibles, c'est-à-dire au-dessous de 2 grammes, est ordinairement nul. Il est le plus souvent avantageux de donner dès le début de fortes doses, de 2 à 6 grammes, après avoir, au préalable, pris la précaution de tâter la susceptibilité du sujet. Quelquefois une seule forte dose suffit pour arrêter un accès d'hystérie, de migraine ou de mal de mer, tandis que la même quantité divisée en prises fragmentées ne produirait aucun effet. Excepté pour l'épilepsie, il convient de ne donner les bromures que pendant de courtes périodes, une semaine ou environ. Si on doit les continuer plus longtemps ou revenir fréquemment à leur usage, il faut les faire alterner ou les combiner avec les toniques : noix vomique, arsenic, quinine, et surtout le citrate de caféine à la dose de 20 à 30 centigrammes. Il conseille encore de combiner entre eux les divers bromures et de les faire prendre dissous dans beaucoup d'eau.

Le D^r Hammond rapproche la bromisation de l'état scorbutique; il est disposé à l'attribuer à l'action des bases alcalines plutôt qu'à celle du brome.

8. *Élongation des nerfs sciatiques dans l'ataxie locomotrice; par le D^r W. Hammond.*

9. *De l'aconitine dans la sclérose spinale postérieure; par le D^r Seguin.*

C'est comme moyen de diagnostic que l'auteur étudie les effets de l'aconitine; il résulte de ses observations que les tabétiques, ou bien y sont absolument réfractaires dès les premières périodes du mal, ou bien ne les ressentent que dans les parties situées au-dessus du siège de la sclérose.

La société a entendu, en outre, un assez grand nombre des lectures sur d'autres sujets et en particulier celle de plusieurs observations, parmi lesquelles nous citerons : spasme des muscles ciliaires, d'origine centrale, par le D^r Gradle; tumeur du pont de Varole, avec déviation conjuguée des yeux et rotation de la tête, par le D^r Ch. Mills; lésion destructive de l'hémisphère gauche, avec pachyméningite généralisée et grand kyste hémorrhagique comprimant l'hémisphère droit, ayant duré treize ans, par le D^r Schmitt.

Parmi les noms des membres honoraires nommés dans cette session, nous distinguons celui du D^r Chareot.

NUMÉRO D'OCTOBRE.

1. *Valeur symptomatique des déformations de la main ;* par le D^r Amidon.

Les éléments de cette importante monographie ont été pour la plupart recueillis à la Salpêtrière dans le service de M. Chareot. L'auteur divise les déformations de la main en quatre grandes classes qu'il étudie successivement : 1^o déformations atrophiques; 2^o déformations spasmodiques; 3^o déformations paralytiques; 4^o déformations par cause locale. Les arthrites déformantes, le rhumatisme, la goutte, la syphilis, la phthisie sont les principales causes de cette dernière classe. Ce sont, comme on le voit, des affections générales qui n'ont de local que leur détermination. La description de chacune des variétés de déformation est illustrée d'une figure empruntée le plus souvent aux travaux de M. Chareot ou de ses élèves.

2. *Centres cilio-spinaux ;* par le D^r Ott.

Résumé d'expériences ayant pour but de démontrer l'existence de ces centres dont la réalité a été récemment contestée.

3. *De l'irritation spinale ;* par le D^r Jewell.

Qu'est-ce que l'irritation spinale ? Faut-il entendre par cette désignation un état morbide spécial, distinct ? Ou bien ne représente-t-elle qu'un ensemble de symptômes commun à plusieurs affections de natures différentes ? Telle est la question souvent posée et très diversement résolue sur laquelle M. Jewell vient à son tour exposer sa manière de voir.

Pour lui l'irritation spinale est due à une altération de la nutrition de la moelle et surtout de ses parties sensibles, qui

se produit chez les sujets de tempérament nerveux sous l'influence de certaines causes de fatigue ou d'épuisement. L'équilibre entre la dépense et la réparation se trouve détruit : il y a perte de substance et par suite perte d'énergie de l'élément nerveux. Telle est la lésion primitive, fondamentale, à laquelle peuvent se joindre et se joignent le plus souvent des troubles de la circulation et surtout des congestions auxquelles on a attaché une importance exagérée. Ni la congestion, ni l'anémie ne sont causes de l'irritation spinale ; elles ne sont que des phénomènes secondaires et accidentels qui se produisent dans le cours de cette affection.

Les symptômes en rapport avec ces lésions anatomiques sont la faiblesse et l'excitation nerveuse. Le principal est une douleur, souvent spontanée, mais toujours exagérée par l'exercice, ayant le cachet spécial d'une douleur de fatigue, dont le siège est dans la sphère de distribution des nerfs spinaux et surtout de ceux qui animent la peau recouvrant la colonne vertébrale. Elle se distingue de celle des affections inflammatoires par ce caractère, que, habituellement, elle se révèle ou s'exagère plutôt par un attouchement léger que par une pression forte, mais graduelle.

Il est rare que cette douleur et l'état morbide dont elle est le signe occupent toute l'étendue de la moelle. Ils sont le plus souvent limités à certaines zones, et leur siège varie avec la cause qui a déterminé le mal. D'après la nature de ces causes l'auteur divise les cas d'irritation spinale en deux grandes classes : 1^{re} irritation par excès d'action ; 2^o irritation par excès d'excitation. L'excès d'action, c'est surtout l'excès de fatigue musculaire, et selon le siège habituel de cette fatigue, c'est-à-dire surtout selon les diverses professions, l'irritation spinale occupe tantôt la zone lombaire, tantôt la zone brachiale, quelquefois la zone sous-occipitale. L'irritation par excès d'excitation est due à l'influence exercée sur la moelle par les impressions qui lui viennent d'organes malades. Son siège dépend de la nature de ces organes. Ainsi les maladies des organes génito-urinaires et digestifs retentissent sur les zones sacrée, lombaire et gastrique. Les affections chroniques des autres viscères abdominaux ou thoraciques produisent dans les régions de la moelle qui leur correspondent des troubles du même genre.

Les indications du traitement découlent naturellement de cette compréhension de la nature de la maladie. Après avoir supprimé la cause, quand on le peut, il faut recommander le

repos, l'usage des calmants, surtout de l'opium à petites doses; et celui des toniques. L'auteur y joint l'emploi de l'électricité et celui du massage, qui lui ont donné d'heureux résultats.

D^r DESMARES.

JOURNAUX ALLEMANDS

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.

Année 1882 (*suite et fin*).

12. *Au sujet du rôle du médecin expert devant les tribunaux;*
Professeur Neumann, à Breslau.

Un étudiant en droit, sans excuse apparente, puisque sa famille ou son correspondant ne lui refuse pas l'argent dont il a besoin, vole à des camarades des livres et un microscope d'une valeur totale de 185 marcs, objets qu'il revend à un brocanteur pour la misérable somme de 15 marcs. Voilà le fait qui conduit notre étudiant devant les tribunaux.

Un premier expert déclare l'accusé *compos sui* et responsable; M. Neumann conclut à l'irresponsabilité pour cause d'aliénation mentale, et il reproduit ici l'argumentation qu'il a fait valoir auprès des jurés : absurdité de l'acte incriminé; affaiblissement intellectuel prouvé par les réponses lentes à se produire, monosyllabiques, de l'accusé qui ne cherche point à se défendre et se montre indifférent à son sort; antérieurement, pendant son volontariat d'un an, épistaxis répétées, anémie profonde consécutive, puis survenance d'attaques épileptiformes, de vertiges épileptiques; il est reconnu que, en pareil cas, la déchéance intellectuelle est rapide.

Malgré ce plaidoyer médical, l'étudiant est condamné. M. Neumann remarque que le premier expert s'en rapporte exclusivement à l'interrogatoire de l'accusé et que, de la correction de ses réponses, il conclut à la rectitude de ses facultés, absolument comme si Pinel, il y a quelque cent ans, et Prichard, n'avaient point inventé la manie sans délire, le moral insanity. Qu'eût dû faire le juge? Faire appel à d'autres moyens d'éclaircissement, à celui que la pratique juridique semble avoir adopté, le placement de l'accusé dans un asile d'aliénés, pour y être observé. Dans la conviction de M. Neumann, par suite de lacunes dans la procédure, le tribunal a condamné un aliéné, un innocent, et la preuve c'est que, dans un an, la déchéance intellectuelle du condamné aura

fait de tels progrès que le juge pourra se convaincre lui-même de son erreur, sans recourir à des experts.

43. *Communication sur le pouls des aliénés*; Dr Claus,
à Sachsenberg.

Les assertions de Wolff, le plus complet des observateurs du pouls chez les aliénés, paraissent beaucoup trop absolues, à en juger du moins par les nouvelles expériences de M. Claus.

Assurément, une question très importante est celle des formes sphymographiques, dans leurs rapports avec la curabilité des affections mentales, et c'est sur ce point que Wolff a été le plus affirmatif. Il paraît que le ralentissement du pouls n'est pas, à ce point de vue, aussi défavorable qu'il le prétend; tout ce qu'on pourrait lui concéder, c'est que le tracé tricote répond, dans un grand nombre de cas, à un pronostic favorable. En ce qui concerne le pouls ralenti, en effet, M. Claus a trouvé 9,8 p. 400 de guérisons chez les hommes, et 20,7 p. 400 chez les femmes; pour la tricotie, au contraire, avec ralentissement intercurrent, guérisons hommes 25,6 p. 400, guérisons femmes 30,7 p. 400.

Wolff prétend que, dans les psychoses, l'accélération du pouls n'est pas en rapport constant avec l'élévation de la température, avec la fièvre. M. Claus conteste le fait: pour lui, le pouls des aliénés se comporte dans la fièvre comme celui des autres personnes.

En ce qui concerne l'état du pouls suivant les différentes formes phrénopathiques, le désaccord est aussi complet. Si M. Claus n'a pas trouvé chez les déments paralytiques un pouls absolument normal, il peut affirmer que la paralysie des vaso-moteurs n'est point ici en jeu, en tant que le ralentissement du pouls est la preuve de cette paralysie. — Dans les formes intermittentes, chaque période ne coïncide pas nécessairement avec une variation dans l'activité vaso-motrice; il est des cas où le pouls reste absolument égal, et, lorsque se produit une augmentation dans sa fréquence et sa force, cette modification doit être rapportée, non à une exagération de l'activité vaso-motrice, mais à la sur-activité cardiaque.

Au point de vue de l'état du pouls, Wolff place sur la même ligne les aliénés épileptiques et paralytiques. Chez eux, la lenteur du pouls serait exceptionnelle, le pouls fréquent tricote la règle, et il considère ce fait comme une confirmation

de l'opinion émise par Nothnagel et Marowsky, d'après laquelle beaucoup de formes épileptiques, sinon toutes, dérivent d'une crampe vaso-matrice des artères cérébrales, la cause des attaques résidant dans un paroxysme de la tonicité exagérée habituelle du système vaso-moteur.

Eh bien, c'est ce que contredisent les expérimentations de M. Claus, et c'est là le résultat le plus important de ses recherches : la manière de voir de Wolff et Schulé n'est point vraie d'une manière absolue; le système vaso-moteur ne concourt pas seul à la production et à la marche des psychoses, d'autres facteurs interviennent d'une manière aussi active. M. Claus n'est pas seul de son avis; avant lui, Rinacker et Jolly ont écrit dans le même sens.

44. *Observation de tumeur cérébrale.*

Un homme de cinquante ans présente, depuis 1874, des secousses tétaniques de différentes régions musculaires, puis des convulsions épileptiformes, sans perte de conscience, de la diplopie, de l'affaiblissement prononcé de l'intelligence; il meurt dans une lipothymie. L'autopsie confirme le diagnostic : au niveau des nerfs optiques, tumeur rosée, dure, qui proémine entre les deux lobes frontaux, en soulevant le genou du corps calleux. — Glio-sarcôme de Virchow.

45. *Sur la division de l'hospice Julius à Wurtzbourg, au point de vue de la classification des aliénés, et sur la proportion des aliénés dans le district d'Unterfranken.* Dr Rieger à Wurtzbourg.

46. *Du traitement des psychoses par l'électricité;* Dr Tigges à Sachsenberg.

Les faits consignés dans le travail de M. Tigges impliquent un grand effort, un labeur soutenu et considérable. Après des expérimentations aussi consciencieuses et aussi complètes, on peut admettre que la science est faite sur l'application de l'électricité aux maladies mentales, que le dernier mot est dit sur ce qu'on est en droit d'attendre d'un agent thérapeutique aussi actif.

Tant pis, s'il en est ainsi! Car les résultats acquis sont quelque peu entachés d'indigence, et le sentiment que fait naître la lecture de ce travail est un sentiment de déception, bien vite redressé toutefois par cette considération que le courant continu ne peut avoir aucune prétention à la spécificité, mais qu'il peut

intervenir comme adjuvant des autres moyens de traitement.

Aussi bien vaut-il la peine, malgré la difficulté de l'analyse, de voir les choses d'un peu plus près.

En ce qui concerne le sommeil, pour suivre l'ordre même adopté par l'auteur, un courant fort appliqué à la tête, à la nuque ou à l'épine dorsale, atténue les sensations douloureuses périphériques, mais trouble le sommeil; un courant faible le favorise, sans pouvoir rivaliser toutefois avec l'action de l'injection hypodermique de morphine. — Les différentes sensations douloureuses de la tête, pression, pesanteur, celles qui sont sous la dépendance de la cinquième paire, sont très favorablement influencées par le courant continu. Autant en peut-on dire du vertige, lorsque l'électrode est appliqué à la nuque et à l'apophyse mastoïde, de la congestion de la tête dans la manie, des sensations périphériques douloureuses du tronc, des membres, de l'épigastre, lors même que ces derniers phénomènes, qui intéressent la région épigastrique et la région cardiaque, s'accompagnent d'anxiété; le courant produit alors un ralentissement du pouls et tonifie l'activité cardiaque déprimée dans les affections organiques du cœur.

L'influence favorable de la pile est évidente dans les sensations de pression de différentes parties du corps, les bourdonnements d'oreille et autres sensations de l'ouïe, voire même les hallucinations, transitoirement atténuées.

En ce qui concerne les anomalies de la motilité qui compliquent les psychoses, la chorée et ses congénères, la pile est absolument inefficace, ou du moins l'amélioration produite n'est que passagère. De même pour le ptyalisme.

Dans une série de cas de mutisme et de stupidité, aussi bien dans les formes de moyenne intensité, simple dépression mélancolique, que dans les formes plus prononcées, mélancolie avec stupeur, l'action du courant n'a été que très fugitive. Elle a paru rompre momentanément l'engourdissement musculaire, réveiller l'intelligence et dégager la parole. Mais c'est là tout.

17. *Observations de psychoses consécutives aux affections fébriles;*
Dr Kirn, à Fribourg.

Sept observations de trouble intellectuel survenu dans le cours de la fièvre typhoïde, de l'érysipèle de la face, du rhumatisme articulaire, de la bronchite aiguë.

La psychose fébrile (qui naît avec ou pendant la fièvre) doit être tributaire de l'élévation de la température du corps, de l'accélération de la circulation ou de l'action du principe morbifique même que charrie le sang.

La psychose asthénique (qui fait explosion après la cessation de la fièvre) est due à l'épuisement, à la dénutrition du système nerveux, anémie cérébrale dans un cas, altération réelle des tissus dans un autre cas; là, le trouble intellectuel survenant rapidement, dès la cessation de la fièvre, et disparaissant de même; ici, la plus longue durée de la psychose s'expliquant par le temps qu'exige la réparation des tissus.

La forme de ces affections mentales n'a rien de caractéristique; une même affection fébrile donne lieu à des troubles intellectuels différents, le même trouble se retrouve dans des affections somatiques différentes.

Les psychoses fébriles, où domine en général l'excitation maniaque, se présentent avec un cortège de symptômes plus uniformes; les psychoses asthéniques, avec une richesse et une variabilité plus grandes de manifestations symptomatiques.

Au point de vue de la durée et de la terminaison, le pronostic des premières est plus favorable.

Nul ne songera à nier ici l'importance que peut avoir la prédisposition héréditaire dans la genèse de ces affections mentales.

48. *De l'emploi des bains permanents dans le décubitus inflammable des aliénés paralytiques*; Dr Reinhard, à Hambourg.

Il ne s'agit pas seulement ici de ces eschares qui surviennent chez les malades faibles et paralysés, à la suite d'un long séjour au lit, et qui peuvent guérir par l'intervention de soins de propreté et une position convenable, mais aussi et surtout de désordres inflammatoires plus sérieux, consécutifs à des attaques apoplectiques ou épileptiformes et tendant à envahir rapidement de grandes surfaces. Dans ces cas, le traitement prophylactique est impuissant, car la pression et la malpropreté, auxquelles on pourrait parer jusqu'à un certain point, ne sont pas seules en jeu ici, et il faut tenir compte de l'action d'une autre cause, une perturbation trophique des vaso-moteurs. Et ce qui le prouve, c'est que, dans les cas d'hémiplégie grave, de contractures ou de convulsions, chez

es aliénés paralytiques, ce n'est que le côté affecté qui l'entame.

Or, les bains permanents préviennent ces complications, ou les atténuent, les guérissent, et, dans tous les cas, prolongent la vie du malade.

Par bains permanents, il ne faut pas entendre des bains prolongés de quelques heures par jour, mais des bains continus de plusieurs jours, de plusieurs semaines.

Les observations de M. Reinhard portent sur 6 femmes et 4 hommes paralytiques.

1. Perte de substance au sacrum, de la grosseur du poing. — Durée du séjour au bain, 3 semaines. — Guérison de la plaie.

2. Décubitus inflammatoire, suite d'attaques épileptiformes. — Pour permettre la comparaison, on laisse la malade au lit. — Mort, au bout de 6 jours.

3. Durée du séjour au bain, 7 semaines. — Mort, suite de phthisie pulmonaire préexistante.

4. Séjour au bain, 3 semaines. — Mort subite, suite d'embolie pulmonaire.

5. Séjour au bain, 14 jours. — Mort, suite de pneumonie.

6. Séjour au bain, 17 jours. — Mort, suite d'œdème pulmonaire.

7 et 8. Séjour au bain, 4 semaines. — Ces deux hommes meurent de marasme.

9 et 10. Séjour au bain, 14 et 18 jours. — Mort, suite d'œdème pulmonaire.

Dans les cas graves en question, avec le séjour au lit, la vie des malades ne se serait pas prolongée au delà de 15 jours. Ce mode de traitement doit son efficacité à la suppression du contact de l'air, des urines et autres malpropretés, à l'action de l'eau sur le système nerveux périphérique. Le bain permanent abaisse la température du corps, prévient les stases, ralentit la circulation, détermine du bien-être, de la tranquillité, excite l'appétit et favorise le sommeil.

19. *Simulation constatée chez un détenu; Dr Kirchhoff, à Schleswig.*

Histoire détaillée d'une simulation de la folie observée chez un jeune homme préventivement détenu pour vol. — Reproduction *in extenso* des rapports médico-légaux. — Difficulté du diagnostic. — Admission temporaire du prévenu dans un

asile d'aliénés où la simulation est dûment constatée; elle cède, au retour à la prison, devant des menaces de rigueur.

D^r HILDENBRAND.

Neurologisches Centralblatt.

Année 1883 (*suite et fin*).

Huitième assemblée des neurologues et médecins aliénistes de l'Allemagne du Sud. — D^r Laquer (juillet 1883).

2^e séance. — Président : D^r Stark.

— Le D^r Hitzig rend compte de ses recherches expérimentales sur les fonctions de l'écorce cérébrale chez les chiens.

— Le D^r Merz rend compte d'une étude sur les effets de haschich sur l'organisme, à l'état de santé et de maladie. Il en arrive à recommander ce médicament chez les aliénés : principalement dans les cas de stupeur.

— Le professeur Berlin fait un rapport sur la dyslexie : état caractérisé par une espèce de malaise, de fatigue, survenant après la lecture de quelques mots déjà, et indépendamment de tout trouble des fonctions visuelles. Il a observé cinq fois cette affection, d'après son rapport elle était toujours liée à des affections cérébrales graves, existant simultanément, ou survenues quelque temps après le symptôme « dyslexie ». Il croit pouvoir l'imputer à une lésion cérébrale de la région de Broca : lésion de nature apoplectique, embolique ou inflammatoire. Le rapporteur estime que la dyslexie a par conséquent une valeur pronostique digne d'attirer l'attention.

— Le D^r Fiseher rapporte sept cas de paraparésie subaiguë de forme légère. Il insiste spécialement sur les modifications de la réaction électrique des muscles. Quatre de ses malades ont été guéris, un est encore traité, et les deux autres sont soustraits au traitement.

— Le D^r Zacher a fait une étude sur l'activité réflexe, et les troubles visuels dans les attaques de paralysie. Il a remarqué un rapport constant, d'une part entre les réflexes tendineux et les troubles de la motilité (augmentation des réflexes quand il y a excitation motrice, et diminution quand il y a paralysie) : d'autre part entre les réflexes cutanés et les troubles de la sensibilité (diminution du côté anesthésié et augmentation du côté hyperesthésie). Quant aux troubles visuels, il les a ob-

servés douze fois dans le courant de l'année chez les apoplectiques.

— Le Dr Mommsen a étudié l'influence de certains médicaments sur l'excitabilité nerveuse : ses expériences ont surtout porté sur la digitaline, les huiles éthérées et le nitrite d'amyle.

— Le Dr Hunerfauth rapporte trois cas de sciatique traités avec succès par le massage.

— Le Dr Kast rapporte un cas de crampes tétaniformes avec albuminurie et enfin névrite optique. L'albuminurie, tout en suivant comme intensité les oscillations des accidents convulsifs, persiste après la disparition de ceux-ci. Kast croit que le développement simultané des crampes et de l'albuminurie est le résultat d'un processus neurotique (spinal? — neuritis optica) et que l'albuminurie est imputable à un spasme vasomoteur.

— La séance est levée, la prochaine réunion aura encore lieu à Bade.

De la crampe saltatoire ; par le Dr Kast (juillet 1883).

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de trente-neuf ans qui, à différentes reprises, a présenté des phénomènes convulsifs des membres inférieurs, le rendant incapable de se tenir debout par suite de la trépidation et des troubles de l'équilibre qu'amenait son état. Une fois couché, le malade avait la pleine liberté de ses mouvements et pleine conscience de son état. Pendant plus de deux ans qu'a duré son état avec des rémissions plus ou moins longues, le malade n'a présenté aucun autre trouble des fonctions du système nerveux central. L'auteur signale comme phénomène important que, pendant la durée de l'affection, les réflexes tendineux des membres inférieurs étaient exagérés, à un degré qui, du reste, suivait les oscillations de l'intensité des manifestations convulsives, pour tomber à peu près à zéro au moment où le malade est sorti guéri de l'hôpital.

Il s'agit là, dit l'auteur, d'un cas analogue à ceux décrits par Bamberger, Gulmen, Frey, et désigné par le premier de ces auteurs sous le nom de crampe saltatoire. Erb, dans son traité des maladies de la moelle épinière, estime que ces accidents convulsifs sont moins une forme spéciale de maladie, qu'une manifestation de diverses affections nerveuses, et que leur genèse est liée à une augmentation de l'excitabilité réflexe tendineuse. Leur ressemblance avec la trépidation épileptique et leur coïncidence avec des états tels que l'hystérie, l'anémie,

états qui se développent généralement avec une augmentation de l'excitabilité réflexe tendineuse, sont autant d'arguments en faveur de l'opinion d'Erb.

Si les faits observés jusqu'alors n'ont pas fait la preuve absolue de la corrélation qui existe entre l'excitabilité réflexe des tendons et la crampe saltatoire, c'est qu'ils ont été observés avant la découverte de cette excitabilité réflexe. Il n'y a qu'un cas, qui ait été publié depuis l'introduction de cette donnée nouvelle dans la séméiotique névrologique : c'est celui de Petrina. Les faits observés par cet auteur ne concordent pas, il est vrai, avec les prévisions inspirées par notre théorie, et nous forcent d'admettre que la crampe saltatoire peut exister concurremment avec des troubles de coordination aigus accompagnés d'une diminution et même d'une disparition de l'excitabilité réflexe tendineuse; mais les faits que nous avons observés démontrent aussi que, vu le parallélisme de l'augmentation de l'excitabilité réflexe tendineuse et de l'intensité des crampes, on doit admettre une corrélation entre ces deux symptômes. En un mot, le cas que nous rapportons peut être rangé à côté de ceux observés par Bamberger et Gutman où le symptôme de la crampe saltatoire s'est présenté isolément. Il s'agit donc là d'un cas de « crampe saltatoire essentielle », sauf la restriction que le défaut de contrôle anatomique doit nécessairement nous imposer dans notre assertion.

Des changements de texture des centres nerveux à la suite de l'inanition. — Dr Rosenbach (août 1883).

L'auteur dit qu'on a cru longtemps que, dans l'inanition, les centres nerveux ne subissaient pas d'altération, parce qu'on a constaté que leur poids ne diminuait pas, contrairement à ce qui arrive pour les autres tissus de l'organisme : comme si cette conservation du poids normal ne pouvait pas être imputable à une plus grande absorption de liquide ou à d'autres causes. L'an dernier cependant Popow et Mankovsky ont constaté chez des animaux morts d'inanition de l'atrophie et des dégénérescences des cellules nerveuses, ainsi que de l'endothélium des vaisseaux. L'auteur a également entrepris des recherches dans ce sens sur le cerveau, le cervelet, la moelle épinière et les ganglions du grand sympathique; et il a constaté sur ces organes des altérations pathologiques bien caractérisées. Ce sont des dégénérescences atrophiques des cellules nerveuses intéressant aussi la névroglie et les vaisseaux, mais

laissant indemnes les fibres nerveuses et les éléments conjonctifs. Dans la moelle les lésions sont surtout marquées dans les cornes antérieures et consistent en une perte de transparence des cellules, en même temps que le noyau, entouré de protoplasma devient moins apparent (tuméfaction trouble). A un degré plus avancé le protoplasma s'altère, se laisse teindre difficilement par le carmin, et prend un aspect amorphe : avec ces altérations la cellule devient anguleuse, ratatinée, et quelquefois se remplit de vacuoles intérieures ; les prolongements de la cellule s'atrophient et se détachent d'elle. A un degré plus avancé encore, la cellule n'est plus qu'une masse amorphe et méconnaissable qui, traitée par l'éther, subit des pertes de substance. Ces altérations s'observent également dans les corpuscules ganglionnaires du cerveau, du cervelet, de la moelle et du sympathique. Dans l'encéphale cependant, elles atteignent rarement ce degré ultime, et c'est dans les ganglions spinaux qu'elles sont le plus marquées.

Dans la moelle on trouve souvent des amas de corpuscules sanguins en dehors des vaisseaux (diapedests), et aussi des exsudats plasmatiques qui détruisent les tissus environnants. Dans les vaisseaux on observe une dégénérescence grasseuse de l'endothélium.

La névroglie paraît tuméfiée et trouble, sans présenter des changements de structure de ses cellules. La substance blanche n'offre pas d'altération en dehors d'un certain degré de raréfaction et de la diminution des noyaux qu'elle renferme. La myéline, le cylindre-axis et les nerfs périphériques ne paraissent avoir subi aucune altération. L'auteur fait remarquer que cela ne permet pas de rejeter la possibilité d'une atrophie légère des fibres nerveuses, vu la difficulté de constater cette lésion dans les cas où elle existerait à un faible degré.

Le tissu de soutien du système nerveux central ; par Giercke de Breslau (août et septembre 1883).

L'auteur annonce un travail plus complet sur le sujet, avec planches à l'appui. Il estime qu'on s'est souvent trompé sur la nature du tissu en question, en le prenant pour du tissu connectif. L'embryologie, l'histologie et la chimie protestent contre cette opinion. Aussi, dans son étude, l'auteur se servira-t-il du terme de « neuroglia », employé le premier par Virchow. Contrairement à ce que professent tous les auteurs antérieurs, à l'exception de Deiters, Giercke admet la ramification des prolongements des cellules de la névroglie, les prolongements, chez

divers vertébrés atteignent même une longueur de 0^m,002 et 0^m,004. Dans une étude fort longue et fort minutieuse l'auteur suit, dans toutes les directions, les prolongements des ramifications des cellules de la névroglie; il étudie leur rôle, leurs rapports ainsi que la disposition du réseau vasculaire qui les dessert.

Sur la localisation de la sensibilité cutanée (sensations tactiles et sensations de douleurs) et du sens musculaire dans l'écorce des hémisphères cérébraux. — Bechterew (septembre 1883).

D'après l'auteur, c'est à tort que certains expérimentateurs ont attribué à des lésions de la sensibilité, les troubles moteurs observés à la suite de la destruction de la zone motrice corticale du cerveau. Des expériences faites sur des chiens lui permettent d'affirmer que si après la destruction de cette zone, l'animal ne réagit pas contre les excitations extérieures, c'est uniquement parce que il a perdu la puissance de faire des mouvements volontaires, et non pas parce qu'il a perdu la sensibilité. Recherchant les centres de la sensibilité de la peau et des muscles, l'auteur a porté son attention sur la région située d'une part entre les centres moteurs, et d'autre part entre les centres de la sensibilité spéciale de la vue (lobe occipital) et de l'ouïe (lobe temporal). De ses nombreuses recherches sur cette région il ressort qu'il y a dans le voisinage des centres moteurs de la substance corticale, des centres spéciaux pour la sensibilité tactile, le sens musculaire et la perception des sensations de douleur. Les centres de la sensibilité tactile seraient placés immédiatement en arrière et en dehors de la zone motrice, tandis que les centres du sens musculaire et de la perception des sensations douloureuses occuperaient la région située immédiatement au-dessus de la scissure de Sylvius, où ils auraient des positions très voisines, mais néanmoins distinctes l'une de l'autre.

Traitement par l'électricité des spasmes des muscles de la face. — Berger (octobre 1883).

Un étudiant, à la suite d'un traumatisme de la face, a souffert pendant plusieurs mois d'un tic convulsif bilatéral de la face, sans que de nombreuses médications, parmi lesquelles la galvanisation de la région affectée, aient apporté aucun soulagement. L'auteur essaya alors une nouvelle méthode de galvanisation : appliquant un électrode à la région occipitale, l'autre

étant tenu dans la main du patient. Les accidents cessèrent comme par enchantement. Ils se montrèrent de nouveau au bout de six jours, mais cédèrent encore au même traitement. Depuis neuf mois ils n'ont pas reparu. L'auteur estime que la galvanisation occipitale (moelle allongée) mérite une place dans la médication antispasmodique.

Du développement des fibres nerveuses à myéline dans les circonvolutions du cerveau de l'homme. — Tuczeek (octobre, 1883).

L'auteur croit qu'il est contestable que ces fibres fassent défaut chez le nouveau-né, comme le dit Exner. Il a fait des recherches, d'après la méthode d'Exner, sur l'écorce cérébrale de deux enfants nés à terme, d'un enfant mort-né, et d'un autre qui a vécu un mois; et il est arrivé aux conclusions suivantes : 1° Dans toutes les circonvolutions cérébrales les fibres nerveuses apparaissent d'abord dans la partie médullaire et consécutivement dans la partie corticale : leur développement se fait constamment du centre à la périphérie du cerveau. 2° Tout d'abord, et cela avant le neuvième mois de la vie intra-utérine, les fibres nerveuses à myéline apparaissent dans le lobule paracentral, dans la circonvolution centrale antérieure, et postérieure, et ensuite dans le lobe occipital et la région de l'insula. Dans toutes les autres circonvolutions, les fibres font défaut chez le nouveau-né. 3° Le développement ultérieur des fibres nerveuses se fait à peu près parallèlement dans les deux hémisphères. 4° Chez un enfant de 27 jours on ne trouve de fibres nerveuses que dans les circonvolutions centrales et occipitales et dans le lobule paracentral. Encore ces fibres sont-elles localisées au tiers inférieur de l'écorce, les fibres tangentielles de la couche supérieure faisant complètement défaut. 5° C'est dans le lobe frontal, aussi bien à la convexité qu'à la base, que les fibres se développent en dernier lieu. Le Gyrus rectus, le lobe orbitaire, la deuxième circonvolution frontale en sont encore dépourvus chez l'enfant de 27 jours.

Remarques sur certaines formes d'atrophie dégénérative des nerfs (névrite multiple dégénérative); par Erb (novembre 1883).

Parce que dans des cas d'atrophie dégénérative des nerfs moteurs et des muscles on n'observe pas de lésion anatomique centrale, peut-on prétendre que l'affection est d'origine périphérique? L'auteur estime que non. Il est en effet, dit-il, possible et vraisemblable : 1° que des troubles purement fonc-

tionnels et non appréciables au microscope de l'appareil nerveux central, peuvent déterminer, dans les nerfs périphériques et les muscles, des altérations histologiques reconnaissables au microscope; 2° qu'il y a des troubles des centres trophiques, variables en intensité et en qualité, dont l'effet ne se traduit pas toujours par une dégénérescence totale.

L'auteur termine en disant que son but n'est pas de démontrer l'origine centrale des affections décrites sous le nom de « névrite dégénérative », mais qu'il a simplement voulu faire observer que leur nature périphérique n'est pas établie d'une manière incontestable.

Recherches expérimentales sur les atrophies corticales du cerveau.

— Mōnaekow (novembre 1883.)

Dans les recherches sur les localisations cérébrales on s'est attaché trop exclusivement aux données physiologiques, alors que l'anatomie devait surtout donner la solution du problème. On n'a pas manqué d'objecter que les phénomènes observés à la suite de telle ou telle lésion corticale étaient imputables, non à la lésion corticale, mais à celle des fibres nerveuses sous-jacentes, lesquelles fibres se trouvaient en connexion avec des régions corticales éloignées. Dès lors la solution de la question n'était-elle pas dans la connaissance de la direction des fibres en question? Anatomiquement la question devait se poser ainsi : Si les faisceaux de fibres émanant des gros ganglions se dirigent vers des régions limitées de l'écorce cérébrale, la destruction d'une région corticale doit entraîner des atrophies localisées à des faisceaux de fibres variables avec la région corticale détruite. Si, au contraire, les fibres émanées des ganglions se répartissent dans toute l'écorce cérébrale également, quelle que soit la région corticale détruite, on doit observer une atrophie consécutive des fibres, généralisée, étendue à tous les ganglions et à tous les systèmes de fibres en connexion avec la surface cérébrale. Des lésions expérimentales de l'écorce cérébrale ont prouvé que la première hypothèse est la vraie, et qu'en localisant la lésion corticale d'une manière assez précise, on pouvait amener l'atrophie de tel ou tel faisceau de fibres en communication avec les ganglions infra-corticaux. Pour faire la contre-épreuve de ces expériences et pour démontrer irréfutablement que les atrophies consécutives aux lésions corticales étaient imputables à ces lésions, l'auteur a renversé la méthode opératoire. Au lieu de produire des atro-

phies centripètes à la suite de lésions corticales, il a amené des atrophies corticales (centrifuges) à la suite de lésions centrales. Les faits observés sur des lapins et sur un chat ont pleinement répondu aux prévisions de l'opérateur, et ont démontré d'une manière indirecte, mais formelle, que les atrophies observées à la suite des lésions corticales sont un effet direct de ces lésions.

Des altérations artificielles, cadavériques et pathologiques de la moelle épinière. — Richard Schulz (décembre 1883).

L'auteur a fait des recherches sur 20 moelles épinières prises sur des sujets décédés à la suite de maladies diverses, mais chez lesquels une intégrité de l'organe médullaire était au moins présumable. Il a opéré avec le plus grand soin pour établir la valeur de certaines altérations constatées par beaucoup d'observateurs et diversement interprétées; telles que les vacuoles des cellules ganglionnaires, la pigmentation de ces cellules, leur hypertrophie et leur sclérose, le gonflement et l'hypertrophie des cylinder-axis, l'accumulation de cellules autour du canal central et dans l'intérieur de ce canal. Ces recherches ont amené l'auteur aux conclusions suivantes :

1° Quand d'une part il y a absence d'altérations cadavériques et pathologiques, et que d'autre part on constate des altérations dues au durcissement de la moelle, il faut, avec Charcot, regarder les vacuoles des cellules ganglionnaires comme des productions artificielles.

2° La pigmentation des cellules ganglionnaires est un état normal et non pas un état cadavérique artificiel ou pathologique. Elle résulte d'une métamorphose régressive (senium praecox de Virchow) de la cellule ganglionnaire, laquelle métamorphose n'est nullement l'apanage exclusif de la vieillesse.

3° L'hypertrophie des cellules ganglionnaires est, comme le disent Charcot et Leyden, d'origine pathologique. Néanmoins quand on l'observe à un degré faible et sans qu'elle soit accompagnée d'autres altérations pathologiques d'origine inflammatoire, il convient de faire une restriction et de regarder le phénomène comme une production artificielle.

4° Le gonflement et l'hypertrophie des cylinder-axis constituent un processus pathologique.

D^r A. ADAM.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique de médecine mentale; par le D^r E. Régis, ancien chef de clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine de Paris, ancien médecin adjoint à l'Asile Sainte-Anne, médecin de la maison de Santé de Castel d'Andorte, lauréat de la Société médico-psychologique, avec une préface par M. Benjamin Ball, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Paris.

On pourrait se borner, pour faire l'analyse du livre de M. le D^r Régis, à reproduire la préface élogieuse que le professeur Ball a bien voulu écrire pour son ancien chef de clinique; mais quand on a parcouru en entier le joli petit volume édité par M. Octave Doin, il est impossible de ne pas exprimer son opinion personnelle.

Il faut dire que l'auteur, avec une méthode parfaite et un plan tracé et suivi de main de maître, sait intéresser le lecteur à ce point que, pour ma part, j'ai lu son livre en entier comme on pourrait le faire d'un roman à la mode.

Par ses études antérieures et un stage prolongé à Ville-Evrard et à Sainte-Anne, M. le D^r Régis était admirablement préparé pour mener à bonne fin un manuel pratique des maladies mentales : Il a eu, d'ailleurs, la bonne fortune de suivre longtemps les leçons du maître, le professeur Ball, et même l'honneur d'être associé à ses travaux les plus récents. Les étudiants en médecine sont donc assurés d'avoir à leur disposition ce qui leur faisait défaut depuis longtemps, à savoir : *Un traité complet de médecine mentale*, qui leur permettra dorénavant d'être initié aux connaissances théoriques et pratiques que tout médecin doit posséder, s'il ne veut pas s'exposer plus tard à de nombreux mécomptes, quand il sera consulté pour un nerveux, un aliéné, un paralytique, et tous ces irréguliers de l'esprit, qui doivent être traités, soit à domicile, soit dans une maison de santé.

L'ouvrage est divisé en deux parties, l'une *théorique*, consacrée à la *Pathologie mentale* proprement dite; l'autre *pratique*,

consacrée aux applications pratiques de la pathologie mentale.

La partie théorique (400 pages environ) est divisée en huit chapitres distincts :

1° *L'histoire de l'aliénation mentale* depuis les temps antiques jusqu'à nos jours ;

2° *La pathologie générale de l'aliénation mentale* (étiologie, diagnostic, marche, durée, terminaison, anatomie pathologique, traitement) ;

3° *La symptomatologie générale*, c'est-à-dire les éléments primitifs ou constitutifs de la folie (excitation, dépression, hallucination, illusion, conception délirante, impulsions, etc., etc.) ;

4° *Les principales classifications des divers auteurs* et le classement adopté par l'auteur pour grouper, méthodiquement et d'une façon simple et précise, les divers genres de folie à étudier ;

5° La première classe des aliénations mentales dites *aliénations constitutionnelles ou infirmités cérébrales*, et qui comprend la faiblesse d'esprit, l'imbécillité, l'idiotie, le crétinisme, la démence ;

6° La seconde classe des aliénations mentales dites *aliénations fonctionnelles ou folies proprement dites*, et qui comprend : I. *Le groupe des folies généralisées ou symptomatiques*, composées de la manie, de la mélancolie et de leurs variétés, et de la folie à double forme ;

7° II. *Le groupe des folies partielles ou essentielles* (folie hypochondriaque, folie de persécution, folie ambitieuse, folie religieuse) ;

8° *L'association des folies symptomatiques avec les divers états physiologiques ou pathologiques*, chapitres dans lesquels l'auteur a étudié successivement les folies de la puberté, de la menstruation, de la ménopause, de la grossesse, la folie des maladies générales et des fièvres, la paralysie générale, la folie hystérique, la folie épileptique, la folie alcoolique, la folie saturnine, la folie morphinique ; les folies dites cardiaque, utérine, tuberculeuse, rhumatismale, syphilitique, goutteuse, etc., etc., en un mot ces états de folie innombrables dont les traités classiques font habituellement autant de folies spéciales, qu'ils suffisent à peine à décrire, et qui doivent être considérées comme l'association d'un état physiologique ou pathologique quelconque avec une folie généralisée, c'est-à-dire, avec une variété toujours identique au fond, à elle-même, de manie ou de mélancolie.

La partie pratique comprend des chapitres distincts n'ayant pas été traités dans des traités spéciaux ou des monographies, elle est divisée en deux sections.

La première section est consacrée :

1° Au diagnostic pratique de l'aliénation mentale ;

2° A l'appréciation médicale de l'opportunité de la séquestration ;

3° Aux formalités relatives à la séquestration, à la situation et au traitement des aliénés séquestrés ;

4° Au traitement des aliénés à domicile ou en liberté :

5° Enfin, à la déontologie médico-mentale.

La deuxième section est consacrée à la *pratique médico-légale de l'aliénation mentale* et aux principales questions judiciaires relatives aux aliénés, c'est-à-dire la responsabilité civile et la responsabilité criminelle de ces malades, la nature de leurs délits et de leurs crimes, la simulation de la folie, les rapports médico-légaux, l'interdiction, le conseil judiciaire, etc.

« Je n'ai pas besoin de dire, ajoute l'auteur dans l'introduction, que, pour la rédaction de chacun des points théoriques ou pratiques que je viens d'énumérer, j'ai puisé dans les ouvrages français et étrangers, auxquels j'ai fait de fréquents et larges emprunts. Je n'ai pas besoin d'ajouter, non plus, que j'ai, de préférence à toutes autres, adopté et reproduit, quand je l'ai pu, les formules et définitions de M. le professeur Ball, ces formules et ces définitions ayant, pour ainsi dire, un caractère officiel. »

Tel est ce livre si complet, qu'on se demande comment l'Auteur a pu faire pour ne rien oublier sans tomber aucunement dans le résumé succinct *du manuel* qui ne dit rien à l'esprit et n'impressionne pas le souvenir. C'est un véritable tour de force, fruit d'un labeur incessant dont j'ai d'ailleurs été le témoin pendant plusieurs années.

Il est trop tard aujourd'hui pour prédire un succès, c'est déjà fait, paraît-il : aussi, plaignons-nous sincèrement les retardataires, amateurs ou collectionneurs de première édition.

D^r DOUTREBENTE.

Les troubles de la parole, par le professeur Kussmaul. — Traduction française augmentée de notes par le Dr Rueff, avec introduction de M. le professeur Ball. 4 vol. in-8°, Paris, 1884.

De nombreux auteurs, en étudiant dans des monographies détaillées des maladies isolées, ou, dans des traités plus généraux, une branche spéciale de la pathologie, ont décrit avec soin les troubles de la parole relatifs à leur sujet. En même temps des observations intéressantes, s'accumulant peu à peu dans les journaux, éclairaient d'une vive lumière, par la précision de leurs détails, les relations de certains troubles de la parole avec les lésions qui les produisent. Mais un travail manquait encore qui permit d'embrasser d'un seul coup d'œil l'ensemble des troubles si variés de l'expression de la pensée par des signes. Le livre du professeur Kussmaul sur les *troubles de la parole* est venu combler cette lacune.

Dans les premiers chapitres de son travail, l'auteur, après avoir comparé rapidement le langage des animaux avec la parole humaine, montre la première manifestation de celle-ci dans l'interjection et l'imitation des sons, puis son développement progressif à l'aide de racines, sa transformation d'acte réflexe en acte volontaire, et quelquefois, sous l'influence de la maladie, sa rétrogradation au point primitif d'évolution. Il envisage ensuite la parole dans ses rapports avec les idées et les mots, et comme une des formes de l'expression de la pensée par des signes; il montre les effets de l'éducation, de l'exercice, de l'habitude sur la parole et l'importance de la mémoire pour cette faculté, puis il fait voir l'influence de la conscience, de la réflexion, des dispositions intellectuelles et morales et de quelques formes de folie sur la parole.

Dans le chapitre quinzième et les suivants l'auteur étudie le mécanisme de la parole et le rôle des différentes parties des centres nerveux dans sa production, et à ce sujet il passe en revue les théories et les hypothèses émises jusqu'à ce jour sur cette question, encore si obscure et si incomplètement connue à l'heure actuelle. Cette partie du travail, riche de faits cliniques et d'expériences de laboratoire, se termine par un chapitre très complet sur l'histoire de la localisation de la parole depuis les premières idées de Gall sur ce sujet jusqu'aux plus récentes observations en accord ou en contradiction avec la théorie de Broca sur l'importance et les fonctions de la troisième circonvolution frontale.

Vient ensuite l'étude des différentes formes cliniques de troubles de la parole : les aphasies ataxiques et amnésiques, la surdité et la cécité verbales, puis d'autres variétés que l'auteur désigne de noms un peu plus rares : paralexie, akataphasie, etc.; la description de chacune de ces formes est appuyée de nombreuses observations du plus haut intérêt. Les modifications de la parole sous l'influence de l'hystérie, de la paralysie générale, des vésanies, avec ou sans hallucinations, de l'idiotie, sont l'objet d'une étude approfondie. Enfin les trois derniers chapitres sont consacrés aux laloneuroses spasmodiques : le bégayement et l'aphthongie, aux vices de prononciation, variables suivant les individus, suivant les peuples, et quelquefois suivant la mode, à l'étude des sourds-muets et aux principes généraux de leur éducation.

On voit, par cet exposé incomplet des points de vue auxquels l'auteur s'est placé, qu'il embrasse dans son ouvrage un vaste terrain pathologique s'étendant, suivant sa propre expression, d'une part aux psychoses et aux neuroses de la sensibilité et de la motilité, et confinant d'autre part aux limites assignées à la chirurgie.

Le traducteur, M. Rueff, a rendu un important service à la science en favorisant la vulgarisation d'un ouvrage aussi complet, dont on chercherait vainement l'équivalent dans notre littérature médicale sur ce sujet. Les notes dont il a enrichi son travail viennent à propos rapprocher les idées d'autres auteurs de celles du professeur Kussmaul, ou rappeler les travaux plus récents sur la même question. Ajoutons enfin que la traduction, en suivant le texte allemand avec la plus scrupuleuse exactitude, a su conserver tout l'attrait et toute la clarté de l'original.

Dr MILLET.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Os alienados em Portugal; historia e estatistica; par le Dr A. M. de Senna; Lisbonne 1884; br. in-4°.

— Le mouvement réflexe contagieux; par M. J. Rambosson, Paris, 1884, gr. in-8°.

— L'incendiaire de l'asile d'Ostende; rapport médico-légal sur le nommé P. E. Giroi, inculpé d'incendies volontaires; par MM. les Dr Henry Bonnet et A. Paris; Châlons, 1884, br. in-8°.

— Verslag betreffende het Gerticht Moerenberg, over hef Jaar 1883; par le Dr Van Persijn, Haarlem, 1884; br. in-8°.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêté du 23 septembre 1884.* — M. le D^r CHARPENTIER, médecin adjoint à l'hospice de la Salpêtrière, est nommé médecin du quartier d'aliénés de Bicêtre en remplacement de M. le D^r JULES FALRET, qui remplace lui-même à la Salpêtrière M. le D^r MOREAU, décédé.

— *Arrêté du 24 octobre 1884.* — M. MIREPOIX, directeur de l'asile de Maréville a été promu à la 4^{re} classe de son grade (7000 fr.) pour prendre rang à partir du 4^{or} octobre.

— *Arrêté du 24 octobre 1884.* — M. le D^r VIDAL, ancien interne des asiles de la Seine, est nommé médecin adjoint (2^e classe), de l'asile de St-Venant (place créée).

NÉCROLOGIE

LE D^r DUMESNIL. — Nous venons d'assister au convoi funèbre d'un confrère des plus sympathiques et des plus estimés qu'une mort subite a enlevé, le 24 octobre, à sa famille et à ses amis. Comme le corps a été transporté à Coutances (Manche), aucun discours n'a été prononcé. Voici en quels termes M. le docteur Foville, Président de la Société médico-psychologique, a annoncé à ses collègues, à l'ouverture de la séance du 27 octobre tenue le jour même de la triste cérémonie, la mort de notre respecté collègue et collaborateur :

Messieurs,

Le Bureau de la Société médico-psychologique vient d'avoir, pour la seconde fois cette année, le triste devoir de rendre les derniers hommages à l'un de vos anciens présidents.

Il y a quelques semaines, on célébrait les funérailles de Moreau (de Tours), écrivain des plus distingués, dont les travaux scientifiques seuls avaient fait la réputation, et dont la carrière, toute parisienne, avait été exclusivement consacrée à l'étude et au traitement des maladies mentales.

Aujourd'hui, nous venons de perdre un collègue qui, après avoir passé la plus grande partie de sa carrière médicale à la tête de divers Asiles de province, partageant son temps et ses soins entre la gestion administrative de l'établissement et la pratique médicale, spéciale aux aliénés, a fini par être appelé à Paris pour occuper un des postes les plus élevés dans la hiérarchie de notre spécialité, et pour contribuer, grâce à son expérience laborieusement acquise, à exercer la tutelle protectrice

que le gouvernement s'efforce d'étendre sur tous les aliénés du pays.

Ces deux existences, bien que fort différentes l'une de l'autre, honorent également notre Société, et celle-ci a voulu les récompenser au même titre, en décernant, à ceux qui les ont fournies, la distinction la plus élevée dont elle dispose, l'honneur de diriger ses travaux.

Edouard-Jean-Baptiste Dumesnil était né à Coutances en 1812. De bonne heure il se sentit porté vers la médecine, et, faisant ses études à la Faculté de Paris, il obtint, au concours, la distinction la plus ardemment recherchée par tous les étudiants, comme consécration de leurs efforts, c'est-à-dire qu'il fut nommé Interne des Hôpitaux. Il dut à ce premier succès de pouvoir terminer ses études à l'école journalière de maîtres tels que Lisfranc, Jules Cloquet, Martin Solon, Hervez de Chégouin.

Reçu docteur après avoir écrit une thèse, qui est encore citée, sur certaines complications albuminuriques de la fièvre typhoïde, il tourna bientôt ses vues vers la médecine mentale et il demanda à entrer dans le service des Asiles d'aliénés départementaux. Ce service était d'une création encore tout récente; mais il avait eu, dès le début, la bonne fortune de recruter des hommes d'une réelle valeur, tels que Aubanel, Archambault, Renaudin, Morel, Follet, etc. Une fois entré dans la même voie, Dumesnil prit rapidement place parmi l'élite de ce nouveau corps.

En 1847, il fut nommé au poste de directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), et, deux ans après, il fut envoyé, avec le même titre, à l'asile de Dijon.

C'est de là que Parchappe, qui avait su apprécier son mérite, le fit appeler, en 1852, à la direction de l'Asile de Quatre-Mares, alors en voie de création, et qui n'était que l'embryon du bel établissement que vous connaissez, pour la plupart, dans son état actuel.

Il fallait une grande énergie pour mener à bonne fin des travaux de construction encore bien loin d'être terminés; pour organiser un service médical où tout était à créer; pour mettre en rapport un domaine où l'on ne trouvait guère que des sables arides; pour inspirer, au Conseil général du département, pleine confiance dans l'avenir d'une institution qui commençait par exiger de lourds sacrifices. Dumesnil sut satisfaire à toutes les exigences d'une tâche aussi complexe; il se montra, médecin consciencieux, architecte habile, administrateur émérite, agronome expérimenté; il parvint, en un mot, à mener de front, avec un égal succès, les travaux les plus divers.

Sans doute, l'accomplissement d'une pareille œuvre lui fit le plus grand bonheur, lui amena les distinctions les mieux méritées; mais aucune récompense n'égalait jamais, à ses yeux, la satisfaction qu'il éprouvait en voyant son asile se compléter progressivement, et acquérir, grâce à lui, la réputation, aujourd'hui incontestée, qui lui assigne une place au premier rang des établissements similaires de tous les pays.

Pendant vingt ans, Dumesnil put présider, par lui-même, au développement de l'Asile de Quatre-Mares, et jouir de sa prospérité croissante, dont il était, à la fois l'auteur et le témoin. Lorsqu'après cette longue étape, il le quitta enfin à regret, pour venir occuper, au Ministère de l'Intérieur, le poste d'inspecteur général du service des aliénés, il ne laissait à ses successeurs d'autre soin que de continuer son œuvre, de maintenir ce qu'il avait si bien établi, et d'achever ce qu'il avait préparé.

Aussitôt installé à Paris, il échangea le titre de membre correspondant de votre Compagnie, qu'il avait obtenu depuis longtemps, contre celui de membre titulaire, et vous savez mieux que personne que, jusque dans ces derniers temps, il n'a cessé d'être un des membres les plus assidus de notre Société. Il se plaisait à venir aux séances; à suivre, avec attention, les discussions auxquelles il prenait souvent une part active; à entretenir avec ses collègues, qui étaient tous ses amis, des relations empreintes d'une cordiale confraternité.

Aussi fut-il bientôt appelé à l'honneur de faire partie du bureau. Vice-Président en 1875 et Président en 1876, il apporta, dans l'exercice de ses fonctions, un esprit toujours droit et équitable, une urbanité toujours conciliante et affectueuse.

Je suis donc certain, Messieurs, d'être le fidèle interprète de vos sentiments, en exprimant, en votre nom, les regrets unanimes et profonds, que vous inspire la perte d'un collègue qui avait tous les droits possibles à votre sympathie, et qui était heureux de savoir qu'elle lui était absolument acquise.

Pour rendre à sa mémoire un hommage complet, je devrais faire, ici, la nombreuse énumération de ses travaux scientifiques; rappeler son érudition de bon aloi et ses goûts littéraires; signaler la finesse de sa critique qui savait toujours toucher juste, sans jamais blesser. Mais une pareille tâche m'entraînerait trop loin, et, à vrai dire, la soudaineté du coup qui vient de l'enlever ne m'aurait pas laissé le loisir de m'en acquiescer à votre satisfaction et à la mienne; notre Société a des moyens plus sûrs de perpétuer le souvenir de ses membres les plus méritants, et elle ne manquera pas de rendre un jour toute justice à la valeur professionnelle et scientifique de Dumesnil.

Qu'il me suffise, aujourd'hui, d'avoir résumé les principaux traits de sa carrière si honorablement remplie, et de lui adresser, d'une voix respectueusement émue, au nom de tous nos confrères des Asiles, au nom de ses collègues de l'Inspection, au nom surtout de la Société médico-psychologique de Paris, un dernier et solennel adieu.

Le Dr GIRARD DE CAILLEUX. — Nous apprenons par les journaux la mort d'un homme qui a joué un rôle important dans la réorganisation du service des aliénés de la Seine, M. le Dr GIRARD DE CAILLEUX, inspecteur général honoraire des asiles d'aliénés de la Seine, membre correspondant de l'Académie de médecine, ancien président de la société médico-psychologique, officier de la Légion d'honneur. M. Girard est mort le 24 octobre

dans sa propriété de Buvin-les-Avenières (Isère), où il s'était retiré.

M. le Dr Girard est entré dans le service des aliénés en juin 1840, comme directeur de l'asile d'Auxerre, à la reconstruction duquel il prit une très large part. En 1860, M. le baron Haussmann, alors préfet de la Seine, qui avait connu à Auxerre, M. le Dr Girard, l'appela, avec le titre d'inspecteur général du service des aliénés de la Seine, à procéder à la réorganisation du service des aliénés de ce département, ce qu'il ne réussit à faire d'ailleurs qu'incomplètement, de 1861 à 1870. M. le Dr Girard conserva ses fonctions jusqu'au 1^{er} octobre 1870, époque à laquelle il fut mis à la retraite et nommé inspecteur général honoraire.

Depuis cette époque, M. le Dr Girard avait accepté la direction de l'asile de Marsens, dans le canton de Fribourg : c'est là qu'il a été frappé, il y a quelques années, d'une affection cérébrale aux progrès de laquelle il a succombé.

M. Girard nommé chevalier de la Légion d'honneur en 1844, avait été promu au grade d'officier en 1864. Nous avons de lui un très grand nombre de travaux, la plupart plutôt administratifs que médicaux, parmi lesquels nous citerons :

Considérations physiologiques et pathologiques sur les affections nerveuses dites hystériques; Paris 1844.

De l'organisation et de l'administration des établissements d'aliénés; travail publié dans les *Annales médico-psychologiques* de 1843 à 1855.

Considérations sur le traitement des maladies mentales, 1844.

Essai sur quelques points de physiologie et de pathologie de la moelle épinière considérée dans ses rapports avec l'organisme;

Spécimen du budget d'un asile d'aliénés et possibilité de couvrir la subvention départementale au moyen d'un excédent équivalent de recette; Paris 1855.

Etudes pratiques sur les maladies nerveuses et mentales; Paris, 1863.

Rapport sur l'inspection générale des aliénés, dans le canton de Fribourg; 1879. vol. in-8°.

Le Dr SAUZE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort d'un excellent et distingué confrère de Marseille, M. le Dr Alfred SAUZE, qui a succombé, le 16 octobre 1884, à l'âge de 57 ans à une maladie du cœur. M. le Dr Sauze a terminé ses études à Paris; mais c'est à l'asile de Marseille, dans le service d'Aubanel, dont il était le chef-interne, qu'il a recueilli les observations qui ont servi de base à sa thèse inaugurale intitulée : *De la stupidité, de sa nature psychologique et son traitement* (Paris, 1852).

Promu médecin adjoint de l'asile de Marseille en 1853, M. le Dr Sauze fut appelé à remplir les fonctions de médecin de la section des femmes du même établissement, le 16 avril 1862. Nommé en 1864 directeur-médecin de l'asile de Dôle, il refusa ce poste qui l'éloignait de sa ville natale et fut mis en disponibilité. Désigné de nouveau au commencement de 1869

comme médecin de l'une de ces sections de l'asile de Marseille, il quitta définitivement le service des aliénés au mois de juin 1874, avec le titre de directeur-médecin honoraire. Quelques années plus tard, en 1876, il fonda dans la banlieue de Marseille la maison de santé du Canet.

En dehors de sa thèse inaugurale, M. Sauze a publié un assez grand nombre de travaux parmi lesquels nous citerons les suivants :

Considérations sur les paralysies générales progressives, in *Annales médico-psychologiques*, 1854.

Recherches sur la folie pénitentiaire, même recueil, 1857.

Des symptômes physiques de la folie, même recueil, 1857.

Des rémissions dans le cours de la paralysie générale; même recueil, 1858.

Recherches statistiques sur les aliénés sardes traités à l'asile de Marseille de 1844 à 1855.

Du siège et de la nature de la folie. Etudes médico-psychologiques sur la folie; Paris, 1862, vol. in-8°.

M. le Dr Sauze était depuis longtemps correspondant de la Société médico-psychologique, médecin des prisons de Marseille et du service des ports, etc. Il avait rempli pendant quelque temps les fonctions d'adjoint de la ville de Marseille où il n'avait guère que des amis.

L. L.

SERVICE DES ALIÉNÉS DE LA SEINE

Assistance publique. — Un concours s'est ouvert le 20 octobre 1884, à l'Assistance publique, pour une place de médecin adjoint du service des aliénés à la Salpêtrière (il s'agit de pourvoir au remplacement de M. le Dr Charpentier).

Le jury du concours est composé de MM. Falret, Espiau de Lamaestre, J. Voisin. Charpentier, Proust, Guyot, R. Moutard-Martin.

Les candidats, au nombre de quatre, sont MM. Féré, Respault, Saury et Vallon.

Préfecture de la Seine. — *Concours pour la nomination à sept places vacantes d'internes titulaires en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine* (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vancluse, et le dépôt des aliénés près la préfecture de police.)

Le lundi, 4^{re} décembre 1884, à midi précis, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 4, à Paris, un concours pour la nomination à sept places d'internes titulaires en médecine actuellement vacantes dans lesdits établissements.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries (bureau du personnel, — entrée sous la marquise dans la cour, corridor de droite), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le 30 octobre, jusqu'au samedi, 45 novembre 1884, inclusivement.

Asile de Villejuif. — Il paraît décidé que le personnel médico-administratif de l'asile de Villejuif comprendra un directeur non médecin et deux médecins en chef. Le médecin de la section des femmes sera nommé prochainement; on procédera plus tard à la nomination du médecin de la section des hommes.

Asile de Maréville. — Un concours public s'ouvrira, le mardi 18 novembre 1884, à 3 heures du soir, à la Faculté de médecine de Nancy pour la nomination de deux internes à l'asile de Maréville.

Sont admis à concourir les étudiants en médecine français ayant au moins 42 inscriptions pour le doctorat.

Les internes sont nommés pour trois ans; ils jouiront pendant ce temps du traitement annuel et des avantages en nature fixés par le règlement dont ils pourront prendre connaissance, soit à la Préfecture, soit à l'asile.

Les candidats devront se faire inscrire à la Préfecture dix jours au moins avant l'ouverture du concours.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

L'Académie royale de médecine de Belgique a décerné à M. le D^r TAGUET, médecin en chef de l'asile des aliénés de Bordeaux, une mention très honorable pour un travail portant pour titre : Effets de l'alcoolisme sur l'individu et sur sa descendance.

SOUSCRIPTION A LA STATUE DE PINEL

(Onzième Liste)

	Francs
MM. Etoc-Demazy	30
— Bécoulet,	5
TOTAL	35
Listes précédentes	25,400
TOTAL JUSQU'A CE JOUR	25,435

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XII^e VOLUME DE LA SIXIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. Chronique.

	Pages.
Projet de loi sénatorial sur les aliénés. — Eloges de Renaudin et d'Arthaud. — Importance pratique des sorties temporaires et des congés à titre d'essai dans les asiles. — Indications et contre-indications de l'ablation des ovaires dans le traitement des maladies nerveuses. — Accidents vertigineux apoplectiformes dans les affections de la moelle	5
Compendium de la législation relative aux aliénés. — Manuel pratique de médecine mentale. — Effets de la thyroïdectomie sur les animaux. — Une nouvelle cause d'aliénation mentale. — Mort de Bruguerolle, sénateur	354

II. Pathologie.

De la coloration ardoisée du cerveau dans la paralysie générale et de ses rapports avec les eschares du sacrum; par M. le Dr Baillarger.	14
Des difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale (suite et fin); par M. le Dr Christian.	38
Du mouvement de l'aliénation mentale en France de 1835 à 1882; par M. le Dr Lunier.	192
Des troubles intellectuels dans quelques affections de la moelle et plus spécialement dans l'ataxie locomotrice; par M. le Dr Ph. Rey.	211
Des dégénérescences psycho-cérébrales dans les milieux ruraux. — Etude étiologique; par M. le Dr Gullercc	263
Note sur les lésions de la dure-mère crânienne dans la paralysie générale; par M. le Dr Camuset.	398

III. Archives cliniques.

	Pages.
96. — Pachyméningite simulant une paralysie générale; coloration ardoisée du cerveau; par M. Mabilhe	51
97. — Démence simple d'origine syphilitique probable; par M. Camuset	59
98. — Sarcome de la dure-mère à droite; hallucinations unilatérales du côté droit; par M. Millet	229
99. — Automutilations répétées chez une mélancolique; par M. Martineng	425
100. — Paralysie générale par insolation; par M. Paris.	436

IV. Législation.

Projet de loi sur les aliénés; rédaction adoptée par la commission du Sénat	63
Considérations sur le projet de loi concernant les aliénés en Italie; par M. le Dr Motet.	442

V. Établissements d'aliénés.

Asiles de Norvège, de Suède et de Danemark; par M. le Dr Boubila.	235
---	-----

DEUXIÈME PARTIE**REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE****I. Société médico-psychologique.**

<i>Séance du 31 mars 1884.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Rey, Fochi, Falret, Legrand du Saulle, Billod, Foville. — Érection d'une statue à Guislain : M. Foville. — Rapport de M. Magnan sur la candidature de M. Magalhaes Lemos : élection. — De la présence des bactéries dans le sang des malades atteints de délire aigu (<i>suite</i>) : M. Marcel Briand. — Méthode graphique appliquée à l'étude de la folie, à double forme : MM. Motet, Foville. — Du poids de l'encéphale, du cerveau, du bulbe, de la protubérance, des hémisphères et des membranes : M. Ph. Rey. — Des mesures proposées pour la surveillance et la protection des aliénés traités en dehors des établissements spéciaux, publics et privés (<i>suite</i>) : MM. Parant et Fournet	401.
<i>Séance solennelle du 28 avril 1884.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Magalhaes Lemos, Ingels, Motet. — Rapport sur le prix Esquirol : M. Gilbert Ballet. — Rapport sur le prix Aubanel : M. Paul Garnier. — Éloge de Renaudin : M. Ritti	418

Pages.

<i>Séance du 26 mai 1884.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Funaioli, Billod, Lunier, Saury, Brun, Taty, Ingels, Foville. — Commission du prix Aubanel : MM. Foville, Legrand du Saulle. — Note sur l'action de la paraldehyde chez les aliénés : MM. Kéraval, Briand, Legrand du Saulle, Foville. — Des mesures proposées pour la surveillance et la protection des aliénés traités en dehors des établissements spéciaux, publics et privés (<i>suite et fin</i>) : MM. Falret, Lunier, Christian.	257
<i>Séance du 30 juin 1884.</i> — Mort de M. Moreau (de Tours) : MM. Dagonet, Ritti. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Fallières, Séglas, Chambard, Ladame, Motet, Christian. — Rapport de M. Ballet sur la candidature de M. Perez : élection. — Rapport de M. Magnan sur la candidature de M. Bejénoff : élection. — Rapport de M. Motet sur la candidature de M. Cuyllits : élection. — Commission du prix Aubanel : M. Paul Garnier. — Etude anthropologique sur les criminels : M. Bajénoff. — Etude sur l'hypnotisme et sur les suggestions chez une aliénée : M. Aug. Voisin. — Inauguration de la statue de Pinel	279

II. Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX ITALIENS (1881)

(Anal. par M. le Dr KÉRAVAL.)

Suppléance fonctionnelle de cerveau.	457
Cerveau de grands hommes au point de vue anthropologique . .	458
Instinct sexuel interverti.	458
Noyaux du corps strié	458
Des cardiopathies chez les aliénés.	459
De la fine anatomie du système nerveux central.	459
Paralyse générale chez la femme	460
Capacité crânienne chez les aliénés	461
Folie du doute avec délire du toucher	461
Dilatation réflexe des pupilles.	461
Strochnine dans la paralysie infantile.	462
Varlétés de la scissure de Rolando	462
Troubles spinaux chez les pellagres	463
Observation de gliome cérébral	463
De la fine anatomie du corps strié.	464
Circonvolutions cérébrales chez les aliénés.	464
Folie alcoolique et folie paralytique.	464
Fer rouge dans le traitement des spasmes	465
Sensibilité tactile chez les aliénés.	465
Délire aigu à forme mélancolique et stupide	465
Folie circulaire	466
Extase et hypnotisme.	467
Démonomanie avec accès périodiques d'hystéro-épilepsie . . .	467
Maladie de Thomsen	467
Paralyse générale à forme circulaire chez un héréditaire. . . .	468
De la folie systématique primitive.	468

JOURNAUX ANGLAIS (1884)(Anal. par MM. les D^r DUMESNIL ET PONS.)

	Pages.
De l'épilepsie alcoolique	153
La philosophie du non-sens	157
Restraint chimique et alcool	158
L'hypnotisme redivivus	159
Sphygmographe dans la paralysie générale	161
Localisation cérébrale démontrée par un cas de blessure de cer- veau	162
Education efficace des imbéciles	163
Hypertrophie du cerveau chez les imbéciles	164
Exemples d'hérédité	165
Aliénés criminels à Ceylan	166
Examen histologique du système nerveux central	167
Folie morale	167
Moyens de déterminer les causes de la folie	168
Etude de l'aliénation mentale	169
Production de l'embolie graisseuse chez les maniaques aigus	170
Phases de début des maladies mentales et leur traitement	171
Progrès de la médecine mentale depuis 1841	305
Plaintes d'aliénés	308
Guérison d'une folie consécutive à un traumatisme du crâne	309
Cas de démence aiguë chez une jeune femme	309
Mort d'une épileptique par suite de brûlure par l'eau chaude	310
Paralysie générale à l'île de Ceylan	310
Maintien prolongé d'une position fixe	311
Gas d'atrophie cérébrale localisée	311
Contagion du délire	312
Manie améliorée par l'hyosciamine	312
Chorée chez une vieille femme	312
Remarques sur l'usage de l'hyosciamine	313
Démence aiguë avec terminaison promptement fatale	313
Cas de folie simulée	313
Paralysie générale à l'âge de douze ans	313
Manie puerpérale guérie par une attaque d'épilepsie	313
Généalogie d'une famille de nervosiques	314
Aliénation mentale en Angleterre	469
Hallucinations dans la paralysie générale	472
Nature de l'aliénation mentale	473
De la folie morale	476
Education des aliénés	477
Expertise mentale et responsabilité criminelle	478
Décoration et ameublement des asiles	480
Obtusion nerveuse	480
Travail utile dans le traitement des aliénés	481
De l'adversité comme cause de folie	482
Réflexe du genou dans la paralysie générale	484
Législation des aliénés en France	485

JOURNAUX AMÉRICAINS (1884).(Anal. par M. le D^r DESMARES.)

Influence de la civilisation sur la production des maladies mentales	489
Mécanisme des conceptions délirantes	487

	Pages.
Sur la dyschromatopsie.	490
Nature et traitement des céphalalgies.	491
Gheel et ses fous	492
Étude des lésions cérébrales localisées.	493
Effets des bromures sur certains épileptiques.	494
Strychnine dans la première période de la myélite	494
Manière de se servir des bromures	495
Aconitine dans la sclérose spinale postérieure.	495
Valeur symptomatique des déformations de la main.	496
De l'irritation spinale.	496

JOURNAUX ALLEMANDS (1883)

(Anal. par M. le Dr AL. ADAM et HILDENBRAND.)

Ralentissement dans la transmission des sensations dans le cas de lésion des nerfs périphériques	319
Gliome du pont de Varole et de la moelle allongée.	319
De la dégénérescence secondaire.	320
Étiologie de la tympanite des hystériques	321
Troubles visuels dans la paralysie générale.	322
Entrecroisement des nerfs optiques dans le chiasma	323
Recherches expérimentales sur les fonctions des couches optiques.	325
Affections syphilitiques des vaisseaux cérébraux chez un paralytique.	326
Asphyxie par l'oxyde de carbone	327
Apoplexie bulbair à la suite de coups dans la nuque.	328
Infiltration papillaire bilatérale avec périnévrte	330
Disparition des fibres à myéline dans la couche corticale des paralytiques.	331
Sclérose de la substance blanche cérébrale des paralytiques.	332
Paralysies spinales, atrophiques, chroniques chez l'enfant.	332
Hémianopsie hétéronymie latérale	333
De la scissure de singe.	334
Affaiblissement des membres non paralysés dans les cas d'hémiplégie cérébrale	335
Recherches expérimentales sur le trajet des fibres optiques depuis les corps genouillés jusqu'aux tubercules quadrijumeaux.	336
Un cas d'atrophie unilatérale de la face	337
Huitième assemblée des neurologues et médecins aliénistes de l'Allemagne du Nord	337 et 504
Rôle du médecin expert devant les tribunaux.	498
Du poulx chez les aliénés	499
Observation de tumeur cérébrale	500
Traitement des psychoses par l'électricité.	500
Psychoses consécutives aux affections fébriles	501
Bains permanents dans le décubitus des paralytiques	502
Simulation constatée chez un détenu	503
Crampe saltatoire	505
Changements de texture des centres nerveux à la suite de l' inanition.	506
Tissu de soutien du système nerveux central.	507
Localisation de la sensibilité cutanée et du sens musculaire dans l'écorce cérébrale.	508
Electricité contre les spasmes des muscles de la face	508
Développement des fibres à myéline dans les circonvolutions du cerveau de l'homme	509
Atrophie dégénérative des nerfs.	509
Atrophies corticales du cerveau	510
Altérations de la moelle épinière	511

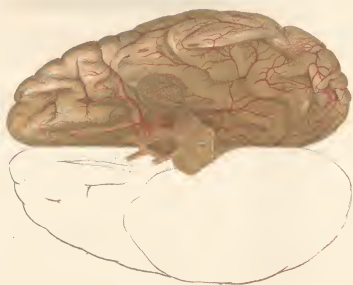
III. Bibliographie.

	Pages.
La paralysie générale à l'asile des aliénés de Marseille, recherches statistiques, étiologiques et cliniques; par le Dr A. Talon. (Anal. par M. le Dr. Ph. Rey)	174
Fièvre intermittente; aliénation consécutive, par le Dr Antoine Rayel. (Anal. par M. le Dr. L. Camuset).	176
Asile public d'aliénés de Marseille. Rapport du directeur; par M. Mirepoix. (Anal. par M. le Dr L. Camuset).	177
Influence de l'esprit sur le corps à l'état de santé et de maladie; par le Dr D. Hack Tuke (Anal. par M. le Dr A. F.).	340
La pathologie de l'esprit; par Henry Maudsley. Traduit de l'anglais par le Dr Germont (Anal. par M. le Dr Camuset).	344
Manuel pratique de médecine mentale; par le Dr E. Régis. (Anal. par M. le Dr Doutrebente).	512
Les troubles de la parole; par le professeur Kusmaul. Traduction par le Dr Rueff. (Anal. par M. le Dr Millet).	178
ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES. — Assemblée générale du 28 avril 1884	179
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.	178, 350 et 516

IV. Variétés.

Nominations et promotions : MM. Bécoulet, Adam, Brun, Garnier, Aubry, Broquère, Riu. — Nécrologie : J. Moreau (de Tours), Sémerie. — Société médico-psychologique : Prix Moreau (de Tours) et Aubanel. — Le système des « portes ouvertes » et le danger des poursuites. — Faits divers.	331
Nominations et promotions : MM. Lapointe, Reverchon, Rousseau, Dubiau, Viret, Bécoulet, Max Simon, Giraud, Bessière, Guyot, Nolé, Kéraval. — Souscription à la statue de Pinel : 10 ^e liste.	351
Nominations et promotions : MM. Mirepoix, Charpentier, Vidal. — Nécrologie : Dumesnil, Girard de Cailleux, Sauze. — Service des aliénés de la Seine. — Académie de médecine de Belgique. — Souscription à la statue de Pinel : 71 ^e liste.	517
Table des matières du XII ^e volume de la sixième série	523

Coloration ardoisee du Cerveau et du Gervelet.



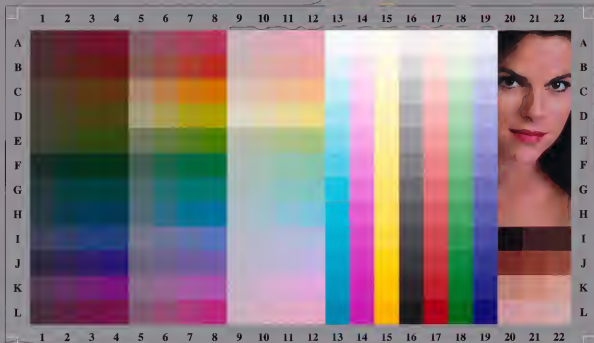
Karmanski del.

Imp Lemercier et C^{ie} Paris



KODAK Q-60 Color Input Target

C M Y



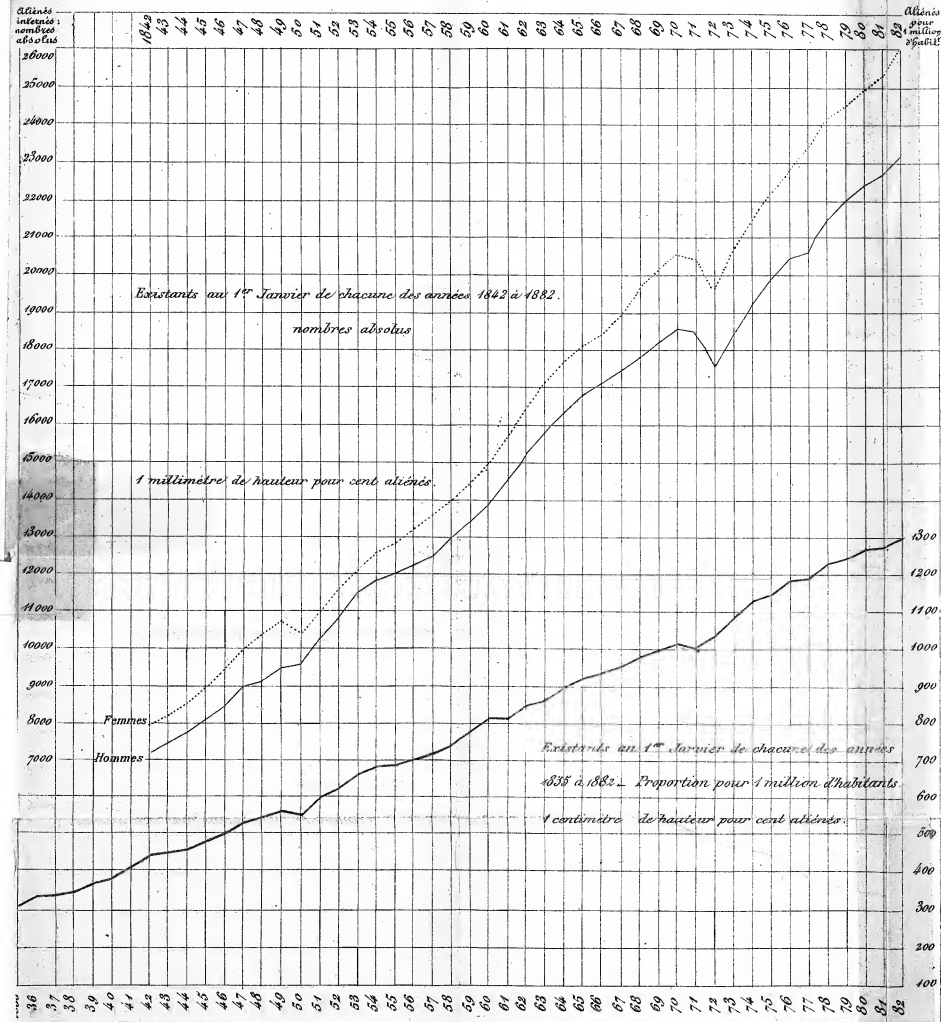
IT8.7/2-1993
2001:02

Q-60R1 Target for
KODAK EKTACOLOR
Professional Papers



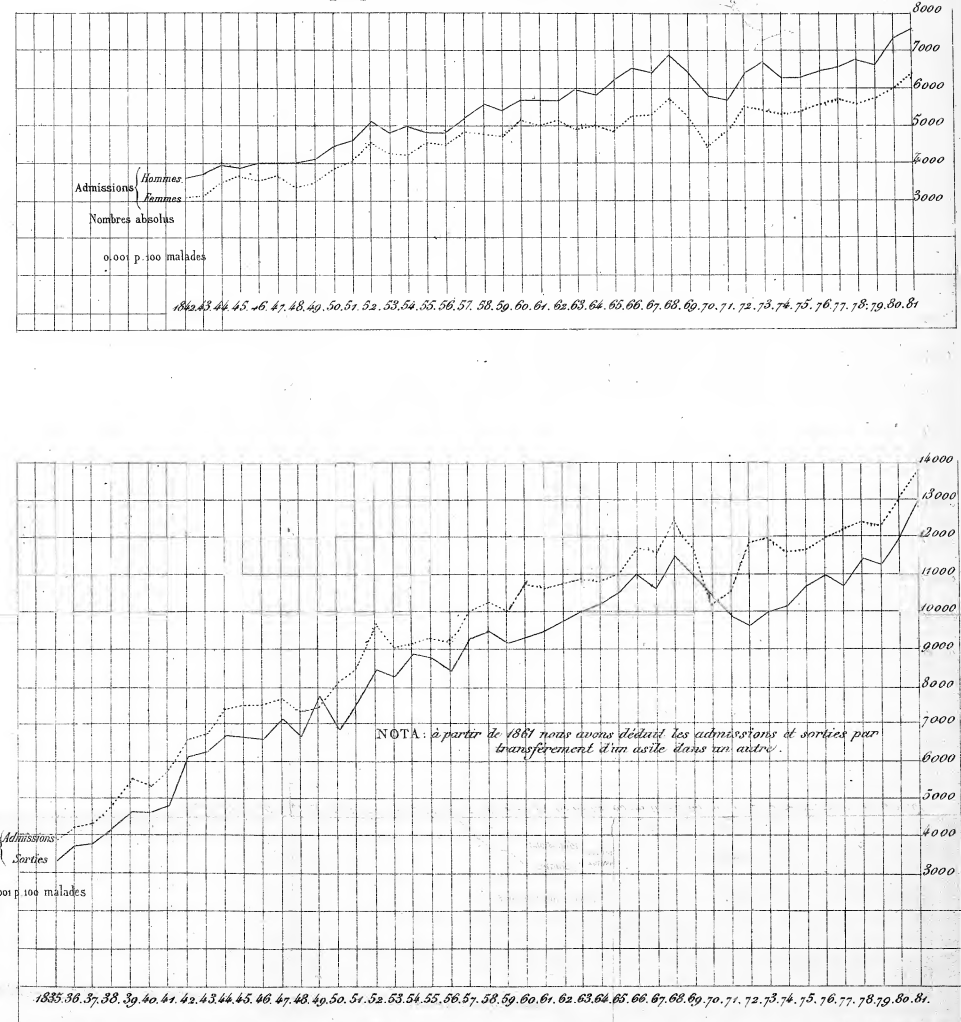
MOUVEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE EN FRANCE de 1835 à 1882

Graphique N°1. Existants.



MOUVEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE EN FRANCE de 1835 à 1882

Graphique N°2. Admissions et Sorties.



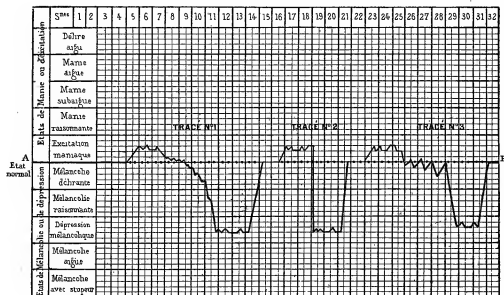
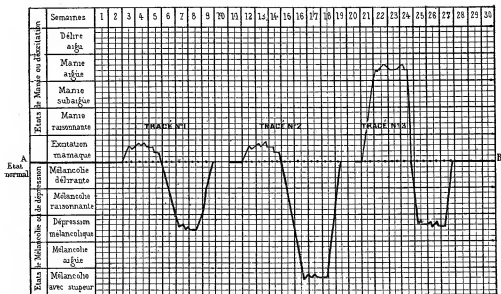


Fig. 2.

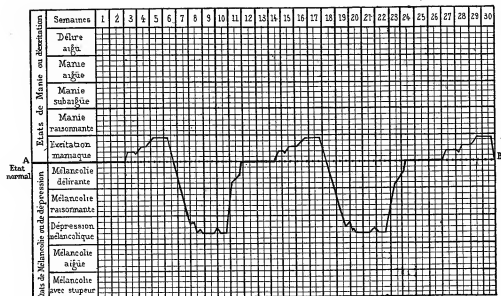


Fig. 3.

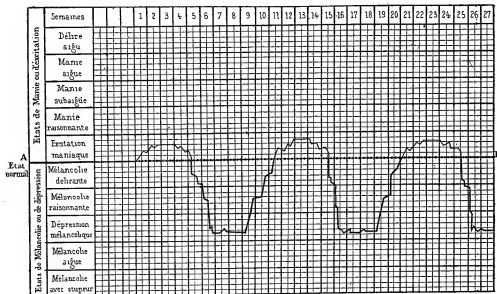


Fig. 4.